

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Veszprémi Dezső: Közlés a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboneczolástani és kórszövettani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.) Adatok a prostatatúltengés szövettanához. 805. lap.

Körmöczy Emil: Közlés a Szent István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr., egyetemi magántanár.) A vérben előforduló, protozoonokat utánozó képletekről. 808. lap.

Plicker Rezső: Tanulmány a húgyivarszervek bakteriumos fertőző betegségeiről. 811. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Schmidt und H. Lüthje: Klinische Diagnostik und Propädeutik innerer Krankheiten. — Lapszemle. Idegkórtan.

Babinski: A hypnosiról és therapiái alkalmazásáról. — *Gyermekorvostan.* C. Beck: Raynaud-kór. — *Comby:* Meningitis cerebrospinalis epidemica. — *Szülészet és nőorvostan.* Leopold: A klasszikus császármetszés viszonyáról a hebstoetomiához és az újfajta (extraperitoneális) császármetszéshez. — *Bőrkórtan.* W. Lier: A gümöbacillus kimutatása bőrbajokban. — *Orr-, torok- és gégebetegségei.* Körner: Az újabb műtési módszerekről. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* Sternberg: Az éhség- és szomjúságérzet mérséklése. — Habitális székrekedés. 812–816. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 816. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 816. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 817–819. lap.

Melléklet. Réczey Imre: A budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. számú sebészeti klinikum betegforgalma az 1909. évben.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboneczolástani és kórszövettani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a prostatatúltengés szövettanához.

Írta: Veszprémi Dezső dr. adjunctus, egyetemi magántanár.

A kolozsvári sebészeti klinikán Steiner tanársegéd által kiírtott prostaták intézetünkben rendszeres szövettani vizsgálat tárgya volt. Az így gyűjtött és feldolgozott anyagot elég nagynak találjuk arra, hogy kifejezést adjunk azon impressióknak, a melyeket ezekből a vizsgálatokból nyertünk. Ehhez az anyag alkalmas azért, mert élő egyénektől s mind olyanoktól származik, a kikben a prostata-hypertrophia minden klinikai tünete kifejezetten megvolt, s a betegek éppen ez okból keresték fel a klinikát is. De talán azért sem teljesen felesleges a kérdéssel való foglalkozás, mert az ilyen prostaták szöveti képeinek értelmezése s az elváltozások keletkezése módját illetőleg még a legújabb közlések is meglehetősen ellentétes felfogást tüntetnek fel.

Steiner-től 38 prostatát kaptunk, a melyek mindenikéről egyenként, úgy a mint műtét után rendre vizsgálatra kerültek, részletesen felvettük ugyan a kórszövettani leletet, de ezeket a leírásokat közzétenni egészen feleslegesnek tartjuk. Ugyanis az egyes esetekben szinte szabályszerűen azonos lelet gyanánt ismétlődnek a lényeges elváltozások, ismétlődik szinte ugyanaz a mikroszkopi kép, a melynek alapján joggal vélünk szólhatni bizonyos típusokról, a melyek minden erőszakosság nélkül két csoportba oszthatók.

Egy részük — a mint Steiner közléséből is tudjuk — már nagysága által feltűnik, sőt némelyik igen tekintélyes nagyságú is lehet. Rendszerint többé-kevésbé homályosan dudoros, esomós felületűek szoktak lenni, bár egészen simák is lehetnek. Ezekben mikroszkopi vizsgálatkor legfeltűnőbb a mirigyek nagy száma, a melyek nemcsak sűrűn vannak egymás mellett, hanem sokszor a rendesnél nagyobbak, tágabbak, sőt nagyon sok esetben kisebb-nagyobb cystákká alakultak át, a melyeket a metszéslapon néha szabad szem-

mel is jól lehet látni. Egyesekben az egész megnagyobbodott prostata egyenletesen tartalmazza a szokatlanul nagy számban levő mirigyeket, másokban pedig számos körülírtabb esomóban, mintegy góczokban, főleg a peripheriás részeken lelhetők tömegesebben. Úgy, hogy az ilyen prostatákon található dudorokat éppen ezek a csoportokban felszaporodott mirigyek alkotják, a melyekben szintén gyakori a cystás kitágulás. A glanduláris állomány most vázolt magatartása kétségtelenül a mellett bizonyít, hogy a szerv megnagyobbodását nemcsak a rendesen is meglevő mirigyeknek akár-milyen okból keletkezett egyszerű tágulása okozza, hanem a tubulusoknak többé-kevésbé körülírt, de mindig meglehetősen intensív számbeli megszorodása is.

A mi a finomabb szerkezetet illeti, azt találjuk, hogy a mirigyek lumenébe — éppen úgy, a mint az az ép prostatákon is megvan — szemölcsök nyúlnak be, a melyek finom kötőszövetes vázzal bírnak, s másodlagos elágazódásokat is mutathatnak, a melyek kifejezetten papilláris szerkezetet adnak. A papillák meglehetősen mélyen nőnek be a mirigy üregébe, sokszor jóval hosszabbak, mint a minők az ép mirigyekben szoktak lenni. Elég gazdagon képződnek, mi által a mirigyek többszörösen elágazódó keskeny résekhez lehetnek hasonlóak. Részint alacsonyabb-szélesebb, részint hosszabb-keskenyebb szemölcsök jelenléte elég nagy számmal állapítható meg a tömlős tágulatokban is. A mirigyeket általában hengerhámsejtek bélelik, a melyek rendszerint egy rétegben fekszenek, lehetnek azonban olyan elrendeződésben, hogy kettős réteget alkotnak. Olyan helyek, a hol látszólag több rétegben vannak elhelyezve, az által keletkeznek, hogy a mirigyeket a metszés tangentiálisan találta, ilyenformán látszólag solid sejtes csoportok is mutatkozhatnak. A nagyobb, tágult mirigyekben a bélelő sejtek alacsonyabbak, egészen köbös hámsejtszerűek, sőt a nagyobb cystákban egészen lelapítottak szoktak lenni. A hámsejtek jellegében semmi olyan lényeges megváltozás sem található, a mely miatt azok az ép mirigy hámsejtjeitől elütne. A hámréteg és kötőszövet mindig jól elhatárolt egymástól, a hámproliferatio tekintetében semmi szabálytalanság nincs, atypusos burjánzás jelei a kötőszövet vagy az ép mirigyek rovására egyáltalán nem találhatók. Mitosisok nincsenek. A miri-

gyék tartalma sokféle lehet. Némelyikben finomabban-durvábban szemcsés megalvadott váladékot lehet látni, a mely részint még elég ép, többnyire azonban széteső hámsejteket is tartalmaz, másokban kevés kivándorolt fehérvérsejt, vagy hyalinos anyag, vagy pedig corpus amylaceum található, változó nagyságban, néha többes számmal, a jellegzetes körkörös rétegzettséggel. Egyes mirigyekben az invaginációra emlékeztető mirigyrészek vannak, a melyek nyilván a mirigy üregébe benyúló szemölcsök harántmetszeteinek felelnek meg. A prostata peripheriás részén és a csomókban felszaporodott mirigyekben a góczok között is gyakran lehet látni laposra nyomott mirigyeket és kivezető csöveket, a melyek annyira sorvadtak lehetnek, hogy szinte csak keskeny setjkötegek gyanánt ismerhetők fel. A mi a kötőszövetet és izomzatot illeti, azt tapasztaltuk, hogy néha az egyes mirigyecskék között levő, de a tubuluscsoportokat elválasztó septumok mindig nemcsak rostos kötőszövetet tartalmaznak, hanem sima izomsejteket is, néhol elég kifejezett nyálábokban. A szemölcsök vázában, valamint a sűrűn egymás mellett fekvő acinusok közötti finomabb septumokban csak kötőszöveti sejtek vannak, izomelemek nem ismerhetők fel, a mint ez az Apáthy és van Gieson szerint festett metszetekből kiderül. Végül még csak arról kell megemlékeznünk, hogy némely esetben helyenként mérsékelt fokú, egyszer inkább diffúz, máskor góczszerű gömbsejtes beszűrődést is lehet találni vagy a mirigyek szomszédságában, vagy a fibro-musculáris rétegben, azonban sohasem állandó lelet gyanánt.

A most leírt típusban kétségtelenül a mirigyes elem van túlsúlyban a rostos kötőszövet fölött. A sima izomsejtkötegek pedig, ha egyes esetekben az éphez viszonyítva és a megnagyobbodott prostata tömegéhez mérten relative meg is vannak kevesbedve, de teljesen nem hiányoznak egyetlen prostatában sem. Sohasem találni azt, hogy a mirigycsoportokat elválasztó septum pusztán rostos kötőszövetből álló *stromát* alkossanak. Tehát még az aránylag körülírtabb csomókban is megtaláljuk mindazon alkotórészeket, a melyek a normális prostata szöveti szerkezetéhez hozzátartoznak.

Egy másik csoportban — igen kevés számú esetben — a mikroszkopi vizsgálatkor már első pillanatra feltűnik, hogy a prostata bármely helyéről kivágott darabkában a mirigyek feltűnően kevesebb számmal vannak, mint az előbbi alakban. Túlnyomó a kötőszövet- és izomelem, egyesekben körülbelül egyenlő arányban, sokszor a kötőszövet jut túlsúlyra. A mirigyek igen gyéren, szét-szórtnak vannak, kicsinyek, sorvadtak vagy annyira töpörödtek, hogy úgyszólván csak hámsejtkötegek gyanánt mutatkoznak. A hámsejtek össze vannak nyomva, laposak, aprók, sötétén festődő sejtmagvakkal. Érdekes az, hogy ilyen sorvadtt, zsugorodott acinusokban is vannak corpus amylaceumok néha többes számmal, sőt találni ilyeneket szinte csak kötőszövetbe beágyazva, úgy, hogy a hámsejtek teljesen hiányzanak vagy csak imitt-amott találhatók a corpus amylaceum szomszédságában, erősen sorvadtt állapotban. Nem hagyható azonban figyelmen kívül az, a körülmény, hogy némely esetben az ilyen prostatának is vannak egyes részletei, a melyekben aránylag jól megtartott mirigyeket, vagy még mirigycsoportokat is lehet találni. Egyik esetben feltűnően erős a lobos beszűrődés, úgyannyira, hogy igen széles sejtdús zónát alkot a mirigyek körül, más esetben mérsékelt és diffúz található a kötőszövetben lymphocytás infiltratio alakjában. Az előbbi csoport-hoz viszonyítva elég szembetűnő az eltérés a mikroszkopi leletek között.

A két csoport között azonban nemcsak a szövettani kép tekintetében van különbség, hanem abban is, hogy míg az elsőben — a mint már fentebb is említettük — minden esetben a rendszerint nagyobb volt a prostata, addig a másodikban a mirigy megnagyobbodásáról szó sem lehet. A prostata kiirtása ezekben in toto nem is sikerül, rendszerint nehezen megy a kihámzás, s akkor is csak darabokban lehet eltávolítani; a hólyagfallal, izomzattal többé-kevésbé rostosan összekapaszkodott, úgy, hogy még a hólyag izomzatából is vele szakadnak egyes részek, a mint ez a metszetekből kiderül. De azért vizelet zavarok ezekben is mutatkoznak, a kiürítésben nehézségek — egész a teljes vizeletrekedésig fokozódva — ilyen esetekben is vannak úgyannyira, hogy a betegek rendszeren állandó katheterviseléssel jelentkeznek a klinikán. Természetes dolog, hogy ezen esetekben a passage-

zavarok oka nem kereshető a mirigy megnagyobbodásában, hanem az egyébképpen kórosan megváltozott prostata általi teremtett kedvezőtlen bonczolástani viszonyokkal volna inkább magyarázható. (Például közülük két esetben a kórtörténet borsónyi közep-lebeny jelenlétéről tesz említést.) Ilyen prostatát a 38 eset közül csak 4-ben találtunk, ezeket tehát a fent elmondottak alapján a prostata „hypertrophia” szempontjából teljesen figyelmen kívül hagyhatjuk.

A prostatamegnagyobbodás fentebb ismertetett mikroszkopi képének az egyes vizsgálók által adott leírása úgyszólván minden részletében megegyezik. A nézetek eltérése csak akkor vetődik fel, a midőn a kórszövettani lelet magyarázatára kerül a sor. E tekintetben a változatosság elég nagy. A véleménykülönbség a következő kérdések körül forog: Felvehető-e egyáltalán a mirigyszaporodás, vagy a megnagyobbodás csupán az eredeti mirigyek tágulása miatt keletkezik? A kötőszövet burjánzása vezeti-e be a folyamatot, vagy pedig a mirigyek proliferációja az elsődleges? Továbbá, hogy lobos eredetű-e a megbetegedés, vagy a valódi daganatokhoz tartozik?

A nélkül, hogy az egyes dolgozatokat ismertetni akarnók, röviden reámutatunk arra, hogy a lobos eredet mellett *Ciechanowsky*¹ foglal legelsőként állást, a ki a megnagyobbodást az eredeti mirigyek kitágulásának tartja, a mely másodlagosan keletkezik a miatt, mert a prostatában lezajló gyulladás, illetőleg lobos kötőszövetszaporodás szűkíti, elzárja a kivezető csöveket. Mindenben csatlakozik ehhez *Rothschild*² is, a ki szerint a gyulladás mellett a a mirigytágulatok oka a felszaporodott catarrhális váladéknak a pangása és pedig főleg a főkivezető csövek összenyomása, stricturája vagy obliterációja miatt a peri- és paraglanduláris lobos góczok által. A megbetegedés tehát *Rothschild* következtetése szerint a prostata idült, lobos „Retentionshypertrophie”-ja és minél több a rendszeren jelenlevő mirigyek száma, annál nagyobb a dilatatio hatása a prostata nagyságára és alakjára. A mirigy és stroma neoplasmás szaporodása nem vehető fel.

A legutóbbi évek közléseiben már nem akad ennek a teoriának szószólója, mert a szerzők a megnagyobbodott prostatában vagy egyáltalában nem találták meg a gyulladás jeleit, vagy legfeljebb olyan mérsékelt fokban — itt-ott némi lymphocytás beszűrődés alakjában —, hogy szerintük ez a megbetegedést nem válthatja ki s legfeljebb másodlagos lehet. Éppen úgy nem veszik fel a kötőszövet elsődleges burjánzását sem, a melyre *Wichmann*³, *Ráskai*⁴ gondolt, mert hiányzik a kötőszövetnek is az az erős hyperplasiája — akár lobos alapon, akár más okból fejlődik —, a mely a szerv ezen elváltozásához vezessen. Legújában már a *Virchow* által is hangoztatott azon nézet alakult ki, hogy a prostatatútnegés az újképletekkel analog megbetegedés. *Runge*⁵ határozottan a daganatok közé sorolja s szerinte 3 típus van: *adenoma papillare intracaniculare*, *fibroadenoma intracaniculare* és *adenoma tubulare*. Lényegében ugyanilyen értelemben nyilatkozik *Cahn*⁶ is, a ki rövid szövettani méltatás mellett utal arra, hogy az általa kiirtott 40 prostatában kivétel nélkül azonos képet talált, a mely a prostata nagyságára és consistenciájára vonatkozó különbség nélkül a papilláris adenomák szerkezetét mutatja. Tehát a prostata-hypertrophia *epitheliális újképlet*, a mely valódi *adenomának* tekintendő. *Tsunoda*⁷ szintén kizártnak tartja a lobos eredetet s a megnagyobbodást daganat-természetűnek mondja. A struma egyik fájának tartván, megkülönböztet *struma glandularis*, *struma fibroglandularis*, *struma fibromyoglandularis* alakot. Az első stadium mindig az *adenomaképződés*, a mit gyakran kísér másodlagos rostos, izmos és cystás elfajulás. A gyulladásnak oki jelentőséget nem tulajdonít, ez vagy utólagos infectio, vagy véletlen combinatio.

Ha annyit meg is engedünk, hogy sok esetben — és itt a nodosus alakokra gondolunk, a melyek a prostata asymmetriás megnagyobbodását is okozhatják — makroszkopice a daganatokra emlékeztet az elváltozás, a szövettani képben mégsem találjuk

¹ *Ciechanowsky*: Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., VII.

² *Rothschild*: Folia urologica, IV. kötet.

³ *Wichmann*: Virchow's Archiv, 178. kötet.

⁴ *Ráskai*: Magyar Orvosi Archiv., VIII. kötet.

⁵ *Runge*: Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., XX. kötet.

⁶ *Cahn*: Deutsche med. Wochenschrift, 1909.

⁷ *Tsunoda*: Zeitschrift für Krebsforsch., 1910.

ennek a megerősítését. Tévesnek tartjuk Runge-nak azon véleményét, hogy a hypertrophias prostata mikroskopi képe és az emlő papillaris adenomái vagy pericanalicularis fibroadenomái egymással analógiába hozhatók. Már a Runge 3 típusra való felosztását sem látjuk indokoltnak, mert az első két típust úgy elkülönítve, a mint szerinte kellene, eseteinkben egyáltalán nem találtuk. Nevezetesen ugyanazt a képet, a melyet az adenoma papillarerá és a fibroadenoma intracanalic.-ra mond jellemzőnek, nemcsak egyugyanazon prostatában, hanem átnézetes tájékozódásra elég nagy metszetben magában is meg lehet kapni. Azt sem erősíthetjük meg, hogy az acinus-csoportokat, sőt némelykor az egyes tubulusokat elválasztó septum is pusztán rostos kötőszövetből áll és így az epitheliális daganatokra jellemző valódi „stroma“-nak felel meg. Ez tűnik ki egyébként a Runge ábráiból is, a melyekben az izomkötegek jól fel vannak tüntetve. A szerző említést tesz ugyan a sima izomsejtek eltűnéséről, tönkremenéséről, sőt egy helyen szemeses széteséséről, a mit azonban mi a hypertrophias prostatákban nem tudtunk megtalálni. Ezzel szemben reámutatunk arra, hogy a Runge leírásában említett ezen elváltozás illusztrálására közölt és hivatkozott 3. ábrán nem szemesesen széteső izomsejtek, hanem nyilván harántul átmetszett sima izomkötegek vannak. Általában a Runge leírásából és ábráiból az a benyomás nyerhető, hogy ő sem talált olyan képet, a mely a megváltozott prostata szövettani szerkezetében lényegbeli eltérést jelentene a normális mirigyéhez viszonyítva. Az „adenoma papillare“-typus jellemzésekor maga mondja szó szerint: „Diese Gebilde sehen auf den ersten Blick normalen Verhältnissen täuschend ähnlich“. Tehát megtalálja ugyanazon alkotó elemeket, a melyek az ép prostatákban is megvannak. Figyelmen kívül hagyja azt a feltételt, a mit a 3. typussal szemben megkövetel, hogy t. i.: „Die Begleitung des Epithels durch gefäßführendes Bindegewebe ist eine Conditio sine qua non“. Ez a harmadik typus, a melyet Runge is szükségesnek és helyesnek talál „reine Adenom“-nak vagy „adenoma tubulare“-nak nevezni, csakugyan a valódi daganatnak, illetőleg adenomának minden jellegét magán hordja, de a kérdés tárgyát tevő prostatákban ez a kép nem található meg. Tsunoda következtetései mindenesetre óvatosabbak, a mi kiderül abból is hogy ő — miután az esetek leírásakor mindenütt említést tesz „faserig muskulär“ septumokról — a megnagyobbodásban szerepet tulajdonít a rostos kötőszövetnek és az izomelemeknek is; éppen ezért vesz fel *fibro-muscularis* vagy *tiszta fibro-myomatosis* alakot is.

Természetes dolog, s ezt egyáltalán nem is vonjuk kétségbe, hogy úgy, mint más mirigyes szervben, az azelőtt normális vagy hypertrophias prostatában szintén fejlődhetnek s fejlődnek is valódi epitheliális daganatok, adenomák és carcinomák. A Steiner által kiírt prostaták között mi is találtunk kettőt, a mely a mikroskopi vizsgálatkor adeno-carcinomának bizonyult. De ennek a szövettani jellege oly annyira elüt a hypertrophias prostatától, hogy azokat — mint egyáltalán nem odatartozókat — ezek közé be sem vettük. 34 esetünk megerősíti azt a leletet, hogy a rendesenél nagyobb prostatákban csakugyan a mirigyes elem dominál, a mely határozottan mirigyszaporodás következménye és erre vezethető vissza a prostata megnagyobbodása. Ez számos esetben akár körülírtabb góczokban is jelentkezhetik, a mikor a prostata részaránytalannul csomós, dudurós lesz, de számos esetben nem is körülírt nodusokban jelentkezik, hanem az egész szervre kiterjedőleg diffuse, úgy hogy a prostata a maga egészében mintegy egyenletesen nagyobbodik meg. Mivel azonban a hypertrophias prostata szöveti szerkezete — az alkotórészeket tekintve (nem pedig ezeknek egymáshoz való quantitativ viszonyát) — lényegében nem tér el a normális prostatától, nem tarthatjuk indokoltnak, hogy az elváltozást a daganatok közé soroljuk. Hiányzanak azok a kritériumok, a melyek valódi fibroepitheliális újképlet — mondjuk papillaris adenoma — felvételére jogosítanak. Bármely mirigyes szervben, például vesében, herében stb. fejlődő papillaris adenomáknál is azt látjuk, hogy a daganat meglehetősen körülírtan, a szerv egy bizonyos részében indul növekedésnek és szerkezete lényegesen eltér az eredeti mirigyétől, hiányoznak belőle a physiologias alkotórészek, vagy ha infiltrative terjed is, a daganatos szövet az éptől mikroszkop alatt elkülöníthető. Éppen így áll a dolog a Runge által analógiába hozott emlőadenomákkal és fibroadenomákkal is, a mennyiben ezeknek szöveti képe sohasem egyezik az emlőmirigy physiologias szerkezetével s azzal nem is téveszthető

össze. Olyan cardinális különbség, mint a milyen valamely mirigyes szerv rendes szövettani képe és az abban fejlődő adenoma között szokott lenni, a hypertrophias és ép prostata között nincsen. A mirigyeknek csoportos elrendeződése, a hámnak papillaris szerkezete ép prostatáknak is a tulajdonsága.

Mint hogy vizsgálataink alapján határozottan a mirigyek felszaporodása is nagy szerepet játszik az úgynevezett „túltengés“ előidézésében, nem fogadhatjuk el Ciechanowsky és Rothschild azon érvelését, hogy itt csupán az eredeti mirigyek egyszerű cystás tágulása az ok, mert hiszen a körülírt csomók nagyon sokszor egyáltalán ki nem tágult mirigyeket is tartalmaznak. Továbbá az elváltozás, úgy a mint az a mikroszkop alatt manifestálódik, nem is tárja elénk a gyuladással a képét. Egy mirigyes szervben fejlődő idült interstitialis gyuladás — és itt mindenesetre csak erről lehet szó — általában a rostos kötőszövet tömeges felszaporodásához vezet, a mely rendszerint a hegyszövet jellegével és tulajdonságai-val bír, tehát végeredményben a szerv zsugorodásához, megkisebbedéséhez juttat. Ezzel természetesen nem azt mondjuk, hogy a gyuladásnak ez az alakja nem szerepel a prostata betegségei között. Annyival is inkább, mert több mint valószínűnek tartjuk, hogy a 38 eset közül külön csoportba osztott 4 esetünkben is éppen ilyen idült interstitialis lobnak megfelelő folyamat mehetett előre, a mely a prostata rostos átalakulásához, a mirigy-állomány jó részének sorvadásához, sőt obliterációjához vezetett, a mi mellett azonban még a megmaradt aránylag épebb mirigyrészek vagy mirigyecsoportok vikariáló megnagyobbodása, esetleg cystás tágulása is jelen lehet. Ez azonban mindig korlátolt és mérsékelt fokú. Ebből a pár esetből erre nézve nem akarunk végleges véleményt mondani; több esetnek a klinikai észlelése, párhuzamosan végzett szövettani vizsgálatokkal kiegészítve, volna szükséges, bár azt hisszük, hogy éppen ezek a műtetre nem alkalmas esetek. A mint a körelőzményből s a kórtörténet adataiból tudjuk — s a mire már fentebb is reámutatunk —, az ilyen módon megváltozott prostaták is ugyanazon tüneteket válthatják ki s tarthatják fenn, mint a „hypertrophias“-at. Azt az állapotot tudniillik, a mit a francziák „prostatisme sans prostate“ névvel jelölnek. Továbbá elfogadhatónak tartjuk, hogy a megbetegedést gyuladásra vezessük vissza, a valószínűleg ebbe a csoportba sorolandó amaz alakoknál is, a melyekről a klinikusok tapasztalataiból tudjuk — és nem is kevés számú esetben —, hogy conservativ vagy éppen antiphlogistikus kezeléssel is igen kedvező eredménnyel befolyásolhatók. A külön csoportba vett 34 esetünkben, a melyek jól jellegzett típusát alkotják az öregkori prostatamegnagyobbodásnak, nézetünk szerint a mirigyek megszorodása az elváltozás lényege, míg a mirigyek kisebb-nagyobb fokú — sokszor cystás — kitágulása csak másodlagos. Ez keletkezik az által, hogy a növekedő csomók nyomást gyakorolnak egyes tubulus-csoportok kivezető csöveire, a mely körülmény váladékpangást is tarthat fenn.

A prostatamegnagyobbodás szöveti szerkezetének a fentiekben adott értelmezése alapján az elváltozás nem sorolható a valódi daganatok — adenomák — közé, de nem felel meg a hypertrophiasnak sem. Nemcsak azért, mert nem az alkotórészek egyszerű megnagyobbodásában nyilvánul, hanem mert nincsenek meg azok a körülmények és feltételek, a melyek mellett a hypertrophias különböző alakjai egyáltalán keletkezni szoktak. Tekintettel a mirigy-állomány szaporodására, a folyamat még leginkább emlékeztethet a hyperplasia nodosa adenomatosára, bár teljesen ebbe sem illik bele, a mennyiben a hyperplasia is inkább partiálisan, korlátolt fokban és regenerációra nagyobb mértékben hajlandó szövetekben szokott jelentkezni és mindig az illető szerv mirigyes állományának pusztulásával járó valamely folyamattal kapcsolatban. Ilyen körülményeket, előfeltételeket azonban a megvizsgált prostatákban sem mások, sem mi nem tudtunk kimutatni; nevezetesen hiányzik például a gyuladásnak olyan alakja és intenzitása, a melynek alapján leggyakrabban látjuk a hyperplasiát kifejlődni. Mi azt hisszük, hogy az elváltozás az ismert és jól jellegzett kórbonecolástani folyamatok egyikébe sem illeszthető be teljesen. Éppen ezért részünkről hajlandók volnánk, mellőzve minden elméleti fejtegetést, a mely a lényeg tekintve a kérdés megoldásához amúgy sem vinne közelebb, a folyamatot egyelőre a prostata sajátos, úgyszólván speciális öregkori, mindenesetre kóros, de nem szükségképpen elváltozásá-

nak tekinteni, a nélkül, hogy ennek közelebbi okára vizsgálataink alapján reá tudnánk mutatni. Annnyival is inkább, mert a mint tudjuk, a prostatán például a korral járó atrophia — a mint az pedig más mirigyes szerveken megvan — nem észlelhető. Ellenben normálisnak éppen az tekintendő, hogy a prostata a korral együtt növekszik (Simmonds, Aschoff: Path. Anat., 1910). Nem tudjuk ugyan biztosan megmondani, hogy ennek a jelenségnek mi az oka, de úgy látszik, hogy ez az ok némelyeknél erősebben érvényesül. Végül tekintettel arra, hogy a szöveti kép az egyes esetekben megegyezik és hogy különösen az öregkor van disponálva a megbetegedésre; fogalomzavar kikerülése céljából helyesebbnek vélnök a prostata kérdéses elváltozását *intumescencia senilis nodosa* és *diffusa prostatae* névvel jelölni. A szövettani kép alapján pedig *intumescencia glandularis*-ról, *glandularis cystica*-ról, s a fibro-muscularis-állomány erősebb résztvétele esetén *fibrosa*-ról vagy *fibromyosa*-ról szólni.

Közlés a Szent István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr., egyetemi magántanár.)

A vérben előforduló, protoozonokat utánzó képletekről.

Irta: Kőrmöczy Emil dr.

A mióta a vér mikroskopi vizsgálata az orvosi diagnostika közkincsévé vált, és a mióta tudjuk, hogy az infectiosus betegségek előidézői protozoonok is lehetnek: a kutatók egész serege keresi a vérben és szövetnedvekben az ismeretlen eredetű infectiosus bajok előidéző protozoonjait. Sok fáradsággal és néha sok kudarczczal! És ez nem is csodálatos, mert a megtévesztő képletek egész tömege vezetheti félre a vizsgálat, melyektől óvakodni már azért sem tud, mert természetükkel és leírásukkal még nagyobb haematologiai könyveink sem foglalkoznak. Ezen hiányon akar, legalább kis részben, segíteni jelen értekezésem, midőn ezen megtévesztő képleteket elősorolom és nagy vonásokban le is írom. A leírást egyes esetekben dolgozatom terjedelme és áttekinthetősége miatt bizony szűkre kell szabnom. Ezen esetekben azonban fel fogom említeni azon értekezéseket, melyekben ezen megtévesztő képletek pontosabb leírása megellelhető.

Mindeme képletek leírása és magyarázása sokkal könnyebb, ha előbb festett készítményeken tanulmányozzuk azokat. A friss készítményekben előforduló megtévesztő képletek elősorolása így könnyebb lesz.

1. Csalódások a festett készítmények vizsgálatakor.

A protozoonok keresésekor manapság leggyakrabban a *Giemsa*-festést használjuk, azért én is leginkább ezen festésre leszek tekintettel.

Ilyen körülmények között mindjárt elesnek ama képletek, melyek a sejteket megbontó fixáló és festő eljárások következményei (pl. Löwit²⁵ haemamoebája), mert *Giemsa*-festésnél, előre hocsátott alkoholfixációval, óvatos felkenés mellett, ilyen műtermékek nem szoktak előfordulni.

Annál gyakoribbak azonban a festékesapadékok. Ezek azonban könnyen felismerhetők, ha tekintetbe vesszük, hogy az egész készítményben előfordulnak, hogy a sejtekre is ráfeksznek, és a mi a legfontosabb, hogy jól lemosott készítményben csak elvétve fordulnak elő. Némelykor azonban látunk olyan sajátságos festékesapadékokat, mely a tapasztalatlan vizsgálat megtévesztheti. Régi vagy megromlott *Giemsa*-festékek kicsinyke, az azurnak metachromatikus színébe játszó csapadékok ezek, melyeket égszínkék udvar környez. Az udvar legsötétebb a festékmag körül, a szélső rész felé pedig mindjobban elhalványul. A képlet szélei kimartak, nyúlványosak és csak igen ritkán körkörösök. A készítmény leöblítése igen híg ecetsavas vízzel, vagy más festék igénybevétele csakhamar útbaigazít ilyenkor bennünket.

Festett készítményben megtévesztő képletek a vörös- és fehérvérsejtekben és a sejtek között fordulhatnak elő.

A vörösvérsejtekben előforduló képletek közül nyilván semmi hasonlóságuk sincs a protozoonokhoz a savanyú festékekkel festődő képleteknek. Ilyenek: a vérodódásnál előforduló piros foltocskák,

„haemoglobinaemische Innenkörperchen“ (Ehrlich)^{6B} és a vörösvérsejteknek maláriában lelhető piros pettyessége (Tüpfelung, Maurer²⁷-Schüffner⁴⁵).

Az erythrocyták belsejében előforduló basophil szemcsék pedig már annyira ismeretesek, hogy azokat akár fel sem kellene említenem. Ámbár azoknak igen ritkán előforduló egy fajtája csodálatosan hasonló a protozoonokhoz. Tudniillik midőn egy nagyobb basophil szemcséje közepén piros chromatinrög van, mely utóbbi kis képlet nyilván magmaradék. Ilyen képleteket én magam sohasem láttam és csak Ferrata¹⁰ rajzából ismerem őket.

Az erythrocyták basophil granulatiói mellett Lazarus²² (4. tábla rajzai) azurophil granulatiókat is rajzol le könyvében, körülbelül oly nagyságban, mint a basophilszemcsék, melyekkel rendszerint együtt is fordulnak elő. Én azt hiszem, hogy ez valami tévedés, mert erythrocytákban csak az alább leírandó Jolly-Howel-féle testecskék festődnek azurpiros színben: ezek pedig nagyobbak, és rendszeren csak egy-kettő van egy sejten.

A vörösvérsejtek endoglobuláris képletei közül aránylag legtöbb bajt okoznak azok, melyek valószínűleg az eltűnő mag és maghártya maradványai. Ezeknek többféle fajtája ismeretes. Legnagyobbak azok, melyek a piknotikus mag széteséséből származnak. Ezek piros rögök (Giemsa-festés), melyeken a mag szétszilált struktúrája jó szemmel és mikroskoppal többnyire még kivehető. Néha még össze is függenek ezen képletek a maggal, máskor a mag már nincs meg. Egy vagy több van egy sejten és pedig rendszerint a sejt széli részében. Embryonális vérben, a csontvelőben vagy a felnőtt vérben, ha erős regeneratio van, elég gyakran láthatók ezek.

Valamivel kisebbek és teljesen structuranélküliek, de még mindig pirosra festődnek (Giemsa) a Jolly¹⁸-Howel¹⁷-féle testecskék. Ezek átlag 0.2—0.3 mikron nagyok és egy-kettő van egy sejten, rendszeren a széli részen. Az azur metachromatikus színjátékát mutató kicsiny gömbszerű képletek ezek, melyeket legalább én mindig basophil szemcsékkel keverten láttam előfordulni. Gyenge *Giemsa*-festésnél nem láthatók, de ha a *May-Giemsa* (Pappenheim) módosítással festünk, csodás könnyűséggel és néha bámulatos számmal láthatók. Ezek azon képletek, melyekkel annyit foglalkoztak már a haematologiai irodalomban és oly sok tévedésre adtak okot (Schmauch,⁴² Bloch,³ Morris,³¹ Dehler,⁷ Weidenreich⁴⁹ [kimerítő irodalom]) stb. A szerzők rendszeren állatok vérében lelték és emberben csak ritkán. Mint már említettem, erős *Giemsa*-festésnél csaknem minden súlyos véralterációban lehet ezen testecskéket találni.

Ezen képleteknél sokkal kisebbek és *Giemsa*-val kékre festődnek azon apró coccus- vagy diplococcuszerű képletek, melyek néha egész láncolatot alkotnak, és a melyek a mai felfogás szerint szintén magmaradványnak tekinthetők. Rendszeren a sejt környéki részében fekszenek, halvány udvar veszi körül őket és csak jó immersióval és 8—12 sz. oculárral láthatók jól. Ezen képleteket — a mint én tudom — először Nissle³² írta le és a flagellaták nyugvó alakjainak tartotta, később azonban ő is helyesen értelmezte. Weidenreich⁴⁹ „Chromatinstäubchen“-nek nevezi őket és magmaradványnak tartja. Valószínűleg ezen képleteket látta Plehn³⁸ tropusi maláriások vérében és tévesen a plasmodiumok előalakjainak vélte (ámbar ő is óvatosan csak „karyochromatophile Körner“-nek nevezi őket). A Grawitz és Grüneberg,¹³ továbbá Schröter⁴³ által ultraviolet képen látott szemcsék mindenképpen szintén ezen képletekkel azonosak.

Ezen képletekkel együtt, vagy azoktól teljesen függetlenül, apró fonálszerű, pirosra festődő (Giemsa) képleteket látunk némely vérbajos vérsejtjeiben. Ezen fonálszerű képletek néha hosszabbak és kört alkotnak, máskor nyolczast vagy más bizarr alakot. Igen ritkán extraglobulárisan is láthatók ilyen képletek. Láttam már olyan előfordulási módot is, hogy a kis karikát alkotó fonál apró kék rögökre esett szét. A kék rögök között egy-egy az azur színébe játszó is volt, a mi felette hasonlónak tette az egészet a tropusi malaria gyűrűihez. Ezeket a kacsákat Cabot⁵ írta le először (1903), azóta pedig Schleip,⁴⁰ Naegeli²², Gabriel¹¹, Sluka⁴¹ és még sokan mások. Erős *Giemsa*-festésnél majdnem minden súlyosabb anaemiában látom most már ezen képleteket, a mióta tudniillik jobban ügyelek és keresem őket. A vörösvérsejtek magjait környező hártya maradványainak tartják ezen képleteket, de véleményem szerint ez a kérdés még további megvizsgálásra szorul.

A míg ezen általam eddig elősorolt endoglobuláris képletek structurával nem bírnak (kivéve a nagyobb magtörmelékeket), addig a most leírandók, legalább bizonyos festésekkor, határozott structurát mutatnak. Ezek azon endoglobuláris képletek (Nucleoid, Binnenkörperchen, Innenkörperchen, endoglobulare Blutplättchen), melyeket a vérelemekkel hoznak manapság, még pedig szerintem is teljes joggal összefüggésbe. Minket ez alkalommal ezen képletek származása nem érdekel, és csak melleleg jegyzem meg, hogy magbéli eredetüket én bebizonyítottam veszem (lásd bővebben Preisich-Heim-nál³⁹). Ezen endoglobuláris képletek legtöbbször egyesével és ritkán többsével fordulnak elő egy sejtben, és legtöbbször periferiális és csak néha centrális fekvésűek. Erős Giemsa-festéskor tompa azur-színben tűnnek fel, halvány udvartól övezve. Structurájuk legtöbbször nem vehető ki jól. Legfeljebb az látható, hogy a testecske alapállománya gyengén rózsaszínű vagy szintelen és ebbe apró azurszemcsék vannak ágyazva, melyek magszerűleg verődnek össze. Igazi magstructurának azonban nyoma sincs! Egész más képet kapunk, ha a készítményt igen vékonyan, kevésbé megzúzva terítjük ki, vagy ha alkohol helyett aetheralkohollal fixálunk, vagy mindezen előzmények nélkül is ha enyhébben festünk: ilyenkor a képletek szintelen teste égszínűk árnyalatot vehet fel és abban élénken feltűnnek a piros azur-szemcsék. Rendes viszonyok közt ma már bizonyára senki sem téveszti ezeket össze protozoonokkal, és tévedések csak kivételesen fordulhatnak elő.

A fehérvérsejtekben protozoonoszerű képleteket már sokkal ritkábban látunk, mint a vörösvérsejtekben, ámbar itt is fordulhatnak elő bizonyos képletek, melyek felől itt-ott kétségek merültek fel, hogy nem protozoonok-e? A míg azonban a vörösvérsejtek képleteiről általában bebizonyítottam veszik azok eredetét a vörösvérsejtek magvaiból, esetleg a magvakat borító hártýából és legfeljebb a folyamat részleteivel nem vagyunk tisztában: a fehérvérsejtek eme képleteinek genesisét manapság még teljes homály fedi. Pontos leírást adni ezen képletekről dolgozatomban keretében felette bájós és azoknak, kik alaposabban akarják tanulmányozni, az eredeti dolgozatok átolvasását ajánlom, én ezúttal csak röviden fogom őket felsorolni.

Mindenekelőtt a Kurloff²⁰-féle testecskéket említem fel, melyek a tengerimalacz granulátlan egymagvú nagy sejtjeiben rendes körülmények közt is láthatók. Kerekded, maghoz hasonló képletek ezek, melyek a magfestést veszik fel és melyeket Kurloff és Ehrlich²⁰ vacuoláknak tart. A pont-nagyságtól egész a mag-mekkoraságig változhatnak terjedelmük és az őket tartalmazó sejtek a tengerimalacz fehérvérsejtjeinek mintegy 15–20%-át teszik. Patella³⁶ parasitáknak tartja ezen képleteket, Ledingham,²³ Cesaris-Demel,⁶ Pappenheim-Pröscher³⁶ pedig Kurloff nézetén van. Vacuolaszerű képleteket irt le a fehérvérsejtekben Guyot¹² is, melyeket azonban festeni nem tudott, és a melyek szerinte leginkább infectiosus bajokban fordulnak elő. Ilyen vacuolákat különben hulla vérében és régi exsudatum fehérvérsejtjeiben én is sokszor láttam; teljesen megegyeznek azzal, mit Schleip atlaszában (VII. tábla, 15. rajz) lerajzolt. Legtöbbször több van egy sejtben és a sejt szélén helyeződnek el, sokszor előbóltosítva azok körvonalait. Előfordulhat az is, hogy egy-egy fehérvérsejt belsejében phagocytált vérelemzke látható (Heim-Preisich³⁹) és ez esetleg protozoon benyomását keltheti. Protozoonoszerű képleteket talált különben fehérvérsejtekben Michaelis,³⁰ továbbá Pappenheim és Hirschfeld.³⁵ Ezen képletektől lényegesen eltérők azok, melyeket Wechselmann és Hans Hirschfeld⁴⁸ egy acut myeloid leukaemiának majdnem mindegyik fehérvérsejtjében talált; úgy látszik ugyanezen képleteket látta May²⁸ egy 24 éves, kisebb fokú másodlagos anaemiában szenvedő nöbeteg polynucleáris sejtjeiben. Különben láthatók voltak ezen képletek az eosinophil és hízósejtekben is. Giemsa-festéskor kék színben tűntek elő, methylzöld-pyronin-festéskor pedig pirosan. Triacid nem tüntette fel, haematoxylinfestéskor azonban elég jól voltak láthatók, a „glykogen“-reactiót (jodgummioldattal) nem adták, és némelykor négy is volt egy sejtben, leginkább a periferián. A fehérvérsejtek ezen sajátos képleteit egyik szerző sem tartotta protozoonnak, csak Pappenheim³⁵ foglalkozott ezen gondolatával első dolgozatában, később ő is valószínűtlennek tartotta ezt.

A festett készítményen protozoonot utánozó képletek extraglobulárisan is fordulnak elő, és pedig tulajdonképpen minden intraglobuláris képlet természetes, vagy még inkább művi úton ki-

léphet a sejtől és azok között foglalhat helyet. Legtöbb félreértésre a festékszemcséken kívül, melyeket már említettem, mégis a sejtekből kijutott Cabot-féle gyűrűk és az „Innenkörperchen“-ek szolgáltatnak okot.

A gyűrűket fel lehet ismerni egyéb jellemző tulajdonságaikon kívül arról, hogy rendszeren a sejtmagnak vagy szétesett sejtnek maradványai vannak közelükben. Az „Innenkörperchen“-ek (vérelemzkek) azonban bizonyos esetekben sok zavart okozhatnak. Ezeknek közelében természetesen nagyon sokszor nem találjuk meg az anyasejtet már azért sem, mert mozognak a plasmában a kiszáradás előtt, de meg azért sem, mert a sejtől valószínűleg azok megrocsolása nélkül is kiléphetnek. Különösen bajt okoznak, ha a készítmény vékonyan van kiterítve és ha plasmászerű részük kékre festődött és nyúlványos. Ilyenkor csak az igazodhatik el, ki a képleteket már előzetesen jól ismeri. Kétes esetben igen jó szolgálatot tesz az erős Giemsa-festés. Az erős Giemsa-festéskor ugyanis a képlet tompa azurszínben festődik, a közepén lévő azurszemcsék szabálytalanul összeverődött csoportja jól feltűnik és a plasmászerű rész kék színe eltűnik. Protozoonon pedig a plasma kék színe ilyenkor még jobban előtűnik és a piros mag abból élesen kiválglik. De különösen fel kell említenem és kiemelnem egy sajátos képletet, melyre eddig tudtommal még nem figyelmeztettek. Az egymagvú fehérvérsejtek kék plasmájában azurszemcsék vannak, és ezek plasmája praeparálás közben sokszor lefűződik. Ilyenkor azután kis kerek vagy ovális kékes színű képlet van a sejt között, telve azurszemcsékkel. Itt már hiába erősítjük a Giemsa-festést, az csak még jobban feltűnteti a képletet, mely rendkívül hasonló haematozoonhoz. Nekem magamnak is volt egy esetem, hol napokon át tartottak izgatottságban ezen képletek, míg rájöttem származásukra, fellelven egy-két a lymphocyta-plasmából éppen lefűződő dudoros képletet.¹

II. Csalódások a friss készítmények vizsgálatakor.

A vér friss készítményeit rendszerint azért vizsgáljuk, hogy a keresett protozoon mozgását megfigyelhessük, mert hisz a morfológiai kérdések eldöntésére inkább a festett készítményeket használjuk. Ám jó lesz éppen ezért mindjárt eleve megjegyeznem, hogy nem mindaz „contagium vivum“, a mi a friss vérkészítményben mozog; az intra- és extracelluláris képletek egész csoportja bir a kiterített vérkészítményben önálló mozgással.

A fehérvérsejtek belsejében ilyen mozgó képleteket nem látunk. A granulatiók néha-néha látható megremezése kevésbé felöltő és különben sem megtévesztő.

A vörösvérsejtek belsejében azonban már többször látunk sürgő-forgó apró képleteket. A képletek nagysága a pont mekkorától egészen 2 mikron nagyságig változik. Alakjuk legtöbbször körkörös, néha azonban, különösen ha erőszakot alkalmazunk a vér kiterítésékor, nyúlványos. Maga a képlet erősen fénytörő és halvány, haemoglobinszegény udvar környezi. Rendszerint egy, de néha kettő is van egy sejtben. Jó immersziós mikroszkop és 8–12-es oculár segítségével a gyakorlott szem csakhamar meglesi őket, a mint gyors tánczó-perdülő mozgással a sejt periferiáján mozognak. Sokan láttak már a nyúlványos alakokon csillangószerű mozgásokat is, én magam ilyesmit biztosan sohasem tudtam kivenni. „Dunkelfeld-Beleuchtung“-gal sokkal jobban kivehetők ezen képletek és ilyenkor belsejükben 1–2 világosabb magszerű képlet is látható. Ép ember vérében aránylag nagyon ritkán láthatók ezen most leírt képletek, már sokkal inkább anaemiákban, infectiosus lázakban, vagy acut vérvetésegek után. Nagyon fontos útbaigazító jel, hogy a képleteket tartalmazó sejt nem pigmenttartalmú és hogy semmivel sem halványabb mint a vér többi vörösvérsejtje. A beteges vérben persze előfordulhat, hogy a képleteket tartalmazó sejt is halvány haemoglobinszegény, de ilyenkor képletek nélküli halvány sejteket is találunk.

Nagyon nehéz biztosat mondani, hogy a friss készítmény vizsgálatakor a vörösvérsejtekben látható eme sürgő-forgó alakok

¹ Megjegyzés a correcturánál: Ugyanezen képleteket azóta Ferrata is leírta (Refer. Fol. Haemat., 1910. júniusi füzet, 339. lap) és azokat tévesen vérelemzkeknek tartja. Ezen referatumba fűzött megjegyzésekből látom, hogy Mayer ezen képleteket szintén látta és ő is a lymphocyták lefűződött részeinek tartotta. (Archiv für Tropenhygiene, 1908. Beiheft.)

a festett készítményekben minek felelnek meg. Csak két képlet jöhet szóba: a *Jolly-Howell*-féle, Giemsa-val veresre festődő kis gömb-szerű képletek és az „*Innenkörperchen*“-ek. Az a körülmény, hogy „*Dunkelfeldbeleuchtung*“-gal magszerű képlet látszik bennük, az utóbbi feltevés valószínűsége mellett szól. Ellenben az, hogy a Giemsa-val erősen festett vérkészítmények csaknem mindegyik látóterében találunk *Innenkörperchen*-t, a mikor friss készítményen a vörösvérsejtekben nem lelünk ilyen mozgó képleteket, nehezen értelmezhető. Lehet, hogy a vérkészítmény fixálása, festése jobban elősegíti feltűntethetőségüket, friss készítményben pedig csak akkor tűnnek fel, ha *valami ok folytán mozogni kezdenek!*

Mindenesetre ezen kérdést még tanulmányozni kell és ez idő szerint nem mernék a kérdésben állást foglalni.

A míg a vörösvérsejtekben *intracelluláris* mozgó képleteket csak ritkán és csakis gonddal és vékonyan kiterített készítményekben találunk, addig *extraglobuláris* mozgó képletek a hanyagul készített friss praeparatumnak teszik rendes alkotórészeit. Különböző előfordulnak extraglobuláris mozgó képletek gondosan előállított készítményben is, például anaemiákban, lázakban, vérmérgek behatásakor, vagy a mi jelen értekezésemben igen kiemelendő, a *vérszívó rovarok gyomrában is*. Ezt én már többször észleltem és arra újabban mások is figyelmeztetnek (*Swingh*⁴⁷).

Ezen extracelluláris mozgó képletek leírása és eredetüknek tárgyalása nagyon nehéz. Nemesak azért, mert azok felette különféle alakúak, de azért is, mert igen elütő származásuk. Általában feltehető, hogy mindaz, mi a sejtest szétesése vagy az intracelluláris részek kilökődése folytán a vérplasmába jut, bizonyos kedvező feltételek mellett mozgékony lesz és ezen most tárgyalás alatt levő extracelluláris képletek számát szaporítja. Hiszen a mozgás, melylyel bírnak, olyan vegyi és természettani feltételektől származik (*Michaelis*)²⁹ melyek nem is annyira tőlük, mint a környező viszonyoktól függenek. Ilyen körülmények között meg kell elégednem azzal, hogy ezen képletek közül csak a legszokottabbakat válasz-szam ki és írjam le.

A legjobban szembetűnnek és legrégebben ismertek az extraglobuláris képletek közül azok, melyeket *Ehrlich* mint *schistocytákat* írt le. Ezek a vörösvérsejtek plasmarészének letöredeződéséből származnak és élénk mozgásukkal már sok kutatót (*Klebs*,¹⁹ *Perles*³⁷) félrevezettek és a melyeket éppen ezért *Hayem*¹³ pseudoparasitáknak nevezett el.

Ezen *schistocyták* ép ember vérében sohasem láthatók, csak akkor, ha a friss készítmény előállításakor nem jártunk el kellő gondossággal. Például ha a lemezek párasak, piszkosak, vagy ha felhámreszek jutottak a vérbe stb. Még ez utóbbi esetekben is elég ritkán találkozzunk velük. Nem így, ha a vérsejtek törékenyek lettek. Például anaemiákban, vérmérgek behatásakor vagy például haematuriákban (a véres vizeletben) vagy a vérszívó rovarok gyomrában levő vérben stb., ilyenkor részben már a vér kiterítése előtt megvan a sejtek fragmentálódása, részben pedig a legóvatosabb kiterítés is előidézi azt. Ilyenkor 1—3 μ nagyságú, erősen fénytörő, alakjukat folyton változtató, élénken mozgó képleteket látunk a nyugvó sejtek között. A képletek legtöbbször a vérplasma áramlását követik ugyan, de jól kivehető mégis, hogy nemesak passív mozgással bírnak, hanem saját tengelyük körül forogva, akkor is mozognak még, midőn a plasma áramlása legalább látszólag megszűnt. *Jellemző ezen képletekre haemoglobintartalmuk*, mi különösen jól vehető ki, ha a készítmény kiszárad és a képletek mozgása megszűnik. Ilyenkor a fibrinalvadékok között mint mikrocytákat látjuk őket vizsont. Sőt a vörösvérsejt plasmájára annyira jellemző köldököt (Delle) is megismerhetjük rajtuk. Néha ezen kis töredékek elégtelennek és mikropoikilocyták benyomását keltik. Annyira szembeszökők mindeme tünetek, és oly jól kivehető az is, hogy mindaz, mi a vérsejtek resistenciáját csökkenti és a mi az erőszakos fragmentációt elősegíti, ezen képleteket szaporítja, hogy valóban nem lehetünk kétségben ezen képletek származása felől, mire nézve különben *Arnold*,² *Maragliano*²⁶ és mások kísérletes vizsgálatai is támogatást szolgáltatnak: teljesen tarthatatlan *Löwit*²⁴ feltevése, hogy ezek az „*Innenkörperchen*“-ek kilökődéséből származnak.

Egy másik mozgó, de már nem oly könnyen felöltő extracelluláris képlet a vörösvérsejtekből kilépett vérlemezke (*Innenkörperchen*). Haemoglobin nélküli, néha kis magszerű képlettel bíró, 1 egész 4 μ nagysággal bíró, sokszor nyúlványos képlet ez,

melynek nyúlványai néha csillangószerűen mozognak. Újabb időben sokat foglalkoztam ezen képletek vizsgálatával és meggyőződtem arról, hogy egészséges ember vérében aránylag ritkán láthatók óvatos praeparálásnál. A fragilis vérben kevés erőszak alkalmazása vagy a véresebb megkésített feldolgozása ellenben elősegíti keletkezésüket. Nem akarom ezzel azt mondani, hogy a mozgó vérlemezke mindig a vér fokozott fragilitására vagy erőszak alkalmazására vall, de bizonyára elősegíti ezen két tényező észrevehetőségüket a friss készítményben. „*Dunkelfeldbeleuchtung*“ mellett sokkal jobban feltűnnek e képletek és akkor magszerű közepük is jobban látható. Bizonyos körülmények közt elképzelhető, hogy ezen képletek a protozoonokhoz nagyon hasonlóak (*Achard* és *Aymaud*,¹¹ *Larrier*,²¹ *Tagniez*,³³ *Schwalbe*,⁴⁶ *Wright*⁵⁰) és csalódásra adhatnak okot.

A mily nehéz ezen képleteket rendszerbe foglalva leírni, éppen oly könnyen félrevezethetnek bennünket, protozoonokat utánzóva. Éppen ezért szabálynak veendő, hogy: *ilyen mozgó képleteket, bármily csodásan hasonlítsanak bizonyos protozoonokhoz, csak akkor szabad protozoonnak agnoskálni, ha pigmenttartalmúak, vagy ha ezen képletektől elütő alakúak* (*spirochaeta*, *spirillum*, *trypanosoma*, *morula* stb. forma), *vagy ha egyéb tünetek ezen képletek protozoontermészetét kétségtelenül bizonyítják*.

Nagy vonásokban ime ezek volnának a vérprotozoonokat utánzó képletek. Lehet, hogy egy-egy kimaradt közülük, de így is tetemes számban vannak. És még sokszorta több a megtevesztő képletek száma, ha nem vért, de szövetnedvet (*Reiz-serum*, szerv-vakarék) vizsgálunk. Ilyen vizsgálatok alkalmával igazán csak egy dolog igazítható útba: a protozoonok morfológiájának alapos ismerete és a vizsgálatukba begyakorlott szem. Ez különben a vér vizsgálatok is a legfontosabb.

Irodalom. 1. *Achard et Aymaud*: Forme et mouvements de glob. du sang. Ref. Fol. Haemat., 1903. V. kötet. — 2. *Arnold*: Zur Morph. und Biol. der rot. Blutk. Virchows Archiv, 145. k., 1. f. — 3. *Bloch*: Beiträge zur Hämatologie. Zeitschrift f. klin. Med., 1901. 43. kötet. — 4. *Bodon*: Die morph. und tinktor. Veränderungen der necrobiotischen Blutzellen. Virchows Archiv, 1903. 173. kötet. — 5. *Cabot*: The Journ. of med. research. IX. 1903. 15. (Felemlítve *Löwit*-nél.) — 6. *Cesaris-Demel*: Fol. Haemat. IV. Suppl. 1. 1907. Beobachtungen über das Blut. — Ugyanaz: Von einem in den einkernigen Leucocyten des Meerschweinchens eingeschlossenen Körper. Verhandl. der ital. Pathol. Gesellschaft, 1905. április. Refer. Fol. Haemat. III. 365. lap. — 6B. *Ehrlich-Lazarus-Pinkus*: Leukaemie, Pseudoleukaemie, Haemoglobinaemie. Wien. 150. lap, 2. ábra, 2. rajz. — 7. *Dehler*: Felemlítve *Nissle*-nél (32.). — 8. *Ferrata*: Virchows Archiv, 1907. 181. k. — 9. Ugyanaz: Fol. Haemat., IV. Suppl., 33. l. — 10. Ugyanaz: Über die klin. und morph. Bedeutung der vital-färbbaren Substanz stb. Fol. Haemat., 1910. IX. 2. füzet. 6. tábla. — 11. *Gabriel*: Über Ringkörper im Blute Anämischer. D. Archiv f. klin. Med. 1908. 92. k. — 12. *Guyot*: Über gewisse Degenerationsformen der Leucocyten. Ref. Fol. Haemat., III. kötet, 366. l. — 13. *Grawitz und Grüneberg*: Die Zellen des menschlichen Blutes im ultravioletten Lichte. Leipzig, 1906. — 13a. *Hayem*: Du sang. Paris. 1889. — 14. *Heinz*: Über Blutschädigungen und deren Folgen. Verhandl. der path. Gesellschaft, 1900. 2. kötet. — 15. Ugyanaz: Blutgiftnämien. — 16. *Hirschfeld*: Virchows Archiv, 166. kötet, 195. l. — 17. *Howell*: The life-history of the formed elements of the blood stb. Journ. of morph., 1891. 4. kötet. (Felemlítve *Cesaris-Demel*-nél.) — 18. *Jolly et Vallée*: Sur les corpuscules de Schmauch stb. Société de Biologie, 1906. november 3. Ref. Fol. Haemat., 1907. Suppl. 316. l. — 19. *Klebs*: XI. Congress für innere Med. (Discussio.) — 20. *Kurloff*: Ehrlich-Anämie. 1898. I. kötet, 57. l. — 21. *Larrier*: Sur quelques variétés morphol. des Hämatoblast. Ref. Fol. Haemat., 1908. 788. l. — 22. *Lazarus-Naegeli*: Die Anämie. I. rész. I. fejezet. — 23. *Ledigham*: On the vacuolated mononuclear cells in the blood of the guinea-pig. Lancet, 1906. június 16. Ref. Fol. Haemat., 365. l. — 24. *Löwit*: Über die Membran und die Innenkörper der Säugererythrocyten. Ziegl. Beitr., 1907. 42. kötet. — 25. Ugyanaz: Die Leukämie als Protozoeninfektion, 1900. — 26. *Maragliano und Castelfino*: Zeitschrift für innere Med., 21. kötet, 415. l. — 27. *Maurer*: Zeitschrift für Biologie, 1900. 28. k. — 28. *May*: Leucocyten einschüsse. Deutsches Archiv für klin. Med., 46. kötet. — 29. *Michaelis*: Über die Ursachen der amöboiden Beweglichkeit. Fol. Serol., II. kötet, 5. füzet. — 30. Ugyanaz: Verhandl. Berliner med. Gesellschaft, 1900. S. 24. — 31. *Morris*: Note on the occurrence of Howell's nuclear particles stb. Bulletin of the John Hopkins Hospital, 1907. 198. l. Ref. Fol. Haemat., 1907. Suppl. 317. l. — Ugyanaz: Nuclear particles in the erythrocyt. Archiv of intern. Medicine, March, 1909. Ref. Fol. Haemat., VIII. kötet, 244. l. — 32. *Nissle*: Beobachtungen an Blut mit Trypanosomen geimpfter Thiere. Archiv für Hygiene, 1905. 53. k., 3. f. — Ugyanaz: Über Zentrosomen und Detlersche Reifen in kernlosen Erythrocyten. Arch. für Hyg., 61. k., 2. f. — 33. *Pagniez*: Aperçu sur l'état actuel de la question des plaquettes sanguines. Archiv des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang. 1900. I. kötet. — 34. *Pappenheim*: Demonstr. von Blutplättchen. Münch.

med. Wochenschrift, 1906. — Ugyanaz: Fol. Haemat., IV. Suppl. 1. sz. 46. l. — Ugyanaz: Fol. Haemat., 1908. 6. k., 190. l. (Megjegyzések Dietrich cikkéhez.) — 35a. Ugyanaz: Über eigenartige Zelleinschlüsse bei Leukämie. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 2. szám és Fol. Haemat., V. kötet, 361. l. — 35b. Ugyanaz: Megjegyzések Patella dolgozatának referatumaival. Fol. Haemat., 1908. 31. l. — 36. Pappenheim-Pröscher: Exper. Leucocytose. Fol. Haemat., I. kötet, 638. l. — Ugyanazok: Fol. Haemat., I. kötet, 687. l. — 36b. Patella: Mikrochemie und leichenähnliche Zustände der Uninukleären des Blutes stb. Riforma Medica, 1907. 8—9. szám. Ref. Fol. Haemat., 1908. 31. sz. Ugyanott (31. sz.) referálva több ezen kérdéssel foglalkozó dolgozata. — 37. Perles: Beobachtungen über pern. Anäm. Berliner klin. Wochenschrift, 1891. 40. szám. — 38. Plehn: Über Tropenanämie und ihre Beziehung zur latenten und manifesten Malaria-infection. Deutsche med. Wochenschrift, 1899. 28. és 30. szám. — 38b. Preisich-Heim: Allgemeines haematologia. — 39. Ruge: Deutsches Archiv, 72. kötet. — 40. Schleich: Über Ringkörper im Blute Anämischer. Deutsches Archiv für klin. Med., 1907. 91. kötet. — 41. Schluka: Schleifenbildung in polychromatischen und basophil gekörnten rothen Blutkörperchen. Deutsches Archiv für klin. Med., 43. kötet. — 42. Schmauch: Über endoglobuläre Körperchen in den Erythrocyten der Katze. Virchows Archiv, 146. kötet, 201. l. — 43. Schrötter: Beitrag zur Mikrophotographie mit ultraviolettem Lichte nach Köhler. Virchows Archiv, 1906. 183. kötet. — 44. Schur: Wiener med. Wochenschrift, 1906. — 45. Schöffner: Deutsches Archiv für klin. Med. 64—71. kötet. — 46. Schwalbe: Blut und Lymphe und Blutbildung. Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie. N. F. 1904. X. k. — Ugyanaz: Die Blutplättchen stb. Erg. d. allgem. Path. und path. Anat., VIII. kötet, 150. l. — Ugyanaz: Die Morphologie des Thrombus und die Blutplättchen. Ziegl. Beitr. 7. Suppl. 52. l. — 47. Schwingl: Analogien zwischen den Blutplättchen und gewissen Hämatozoen. Journ. of infect. 1908 január. Ref. Fol. Haemat. 4. füzet, 124. l. — 48. Wechselmann und Hans Hirschfeld: Über einen Fall acuter myeloider makrolymphocytärer Leukämie mit eigenenthümlichen Zelleinschlüssen. Zeitschrift für klin. Med. 66. kötet, 349. l. — 49. Weidenreich: Die roth. Blutkörperchen I. und II. Ergebnisse der Anat. und Entwicklungsgeschichte. 1903 és 1904. XIII. és XIV. kötet. — Ugyanaz: Studien über das Blut und die blutbildenden und zerstörenden Organe. Archiv für Mikr. Anatomie, 1906. 69. kötet. — Ugyanaz: Zentrosomen oder Kernreste in den Erythrocyten des normalen strömenden Blutes. Archiv für Hyg., 63. kötet, 3. szám. — 50. Wright: Die Entstehung der Blutplättchen. Virchows Archiv, 1906. 136. kötet.

Tanulmány a húgyivarszervek bakteriumos fertőző betegségeinek kórtanához.

Irta: **Picker Rezső** dr., volt egyetemi tanársegéd, műtőorvos, a húgy-szervi bántalmak szakorvosa.

(Vége.)

IV.

A gonococcus Neisseri geny nélkül.

A chronikus gonorrhoea, tartama alatt a húgyeső nyálkahártyája annyiban változtatja meg viselkedését a gonococcussal szemben, hogy idővel sok esetben hozzá szokik a kórokozó állandó jelenlétéhez és ingerére már csak mérsékelt, hurutos váladéktermeléssel felel. Ily módon következhetik be az az állapot, hogy igen nagy mennyiségű kórokozó, a mely a gonorrhoea heveny állapotában bizonyára erős, genyes folyást idézett volna elő, legfeljebb csak könnyű, nyálkás váladék termelésére ad okot, a mely szabad szemmel egyáltalában nem látszik genyesnek és a melyben semmiképpen sem áll arányban a genysejtek száma a kiválasztott kórokozók mennyiségével. (Hurut gonococcusokkal, lásd a II. táblán a 14. ábrát.) Ez a gonococcust illetőleg azért említésre méltó körülmény, mert róla az e szakba vágó tankönyvekben kivétel nélkül azt olvassuk, hogy

1. *geny nélkül nem fordul elő,*

2. továbbá, hogy *idült megbetegedések váladékában csak igen csekély mennyiségben található.*

Tíz éve folytatom rendszeres klinikai és bakteriologiai tanulmányaimat a húgyszervek fertőző megbetegedéseiről, különösen a gonorrhoeáról. E tanulmányaim közben találkoztam oly esetekkel is, melyekben a nyálkahártya reakciója a gonococcussal szemben annyira csökkent, hogy végre is azon meggyőződésre jutottam, hogy a nyálkahártya ezen megszokása e kórokozóval szemben addig folytatódhatik, a míg a *gonococcus geny termelése nélkül* lehet jelen a húgyutakban.

Az alábbi eset, a melyben ezt csakugyan megfigyelhettem, fentebbi nézetem helyességét igazolja és egyszersmind betölti azt a helyet, a melyet tapasztalataim alapján ezen leletnek előre

fenntartottam a gonorrhoea pathológiájában, előre számolván a bekövetkező lehetőséggel.

20 éves fiatalember első gonorrhoeájáról van szó, a ki 4 napi incubatio után 1907 október 14.-én keresett fel, frissen kitört bajával. Subjectiv és objectiv panasza alig volt. A húgyeső nyílása nem volt lobos, váladék csak nyomásra jelentkezett, de úgy makroszkoposan, mint mikroszkoposan is a gonorrhoea jellegzetes képét mutatta. A vizelete tiszta volt, első részlete sok kis czafatot tartalmazott.

November 12.-én hólyaghurut jelei mutatkoznak; ezután 2 héten keresztül a massage több csepp sűrű, genyes váladékot szolgáltatott a prostatából és ondóhólyagokból. A massage váladékának csökkenésével a vizelet önmagától is egyre tisztult, csak az első részlet volt nyálkásan zavaros, benne pelyhek uszkáltak, a melyekben állandóan ki lehetett mutatni a gonococcust. Kis fecskendővel való kezelés mellett folyás nem volt. Hólyagöblítést december 12.-e óta nem végeztem.

Egy hónap lefolyása alatt végzett 4 massagekezelés után 1908 január 1.-én a vizelet I. teljesen tiszta; fonalaiban bőven vannak gonococcusok. A prostata és az ondóhólyagok lobos duzzadása teljesen visszafejlődött, puhák, határuk és érzékenyséjük rendes. Nyomásra belőlük kevés, egészen világos váladék ürül. Ezután az öblítővíz I. részletében finom, vékony fonalak gonococcus-halmazokkal.

Az újra megkezdett és 2 napi időközökben folytatott massagekezelés, minthogy öblítéseket nem végeztem, a hólyaghurut klinikai kiújulásához (descendáló szaporodás!), majd január 18.-án baloldali mellékherereguladához vezetett, a mely kezdetben alig fájt. Három nappal később, január 20.-áról 21.-ére virradó éjjel 39-6°-os láz kíséretében nagy savós izzadmány keletkezik a tunica vaginalisban, délelőtt 37-8, este 38-6°; állandó fájdalommasság.

Január 22.-én. A láz csekélyebb, reggel 38-8, délben 37-3, este 37-5.

Január 23. Láztalan.

Január 24. Az állapot ugyanaz. Izzadmány. A mellékhere még mindig fájdalmas.

Január 25. Reggel láztalan, este ismét 37-8, éjjel 39-2 hőmérséklettel, nagy fájdalmak a bal mellékherében.

Január 26. Láztalan; a savós izzadmány tűnőfélben.

Január 27. Teljes felszívódás.

Január 28. Már a mellékhere is lohadt és puha.

Január 29. A beteg felkel.

Február 4. Január 18.-a óta nem fecskendezett a beteg, folyása egyáltalán nincs; a vizelet tiszta, benne néhány apró czafat, melyekben izoláltan álló genysejteken kívül helyenként igen sok, másutt ismét igen kevés gonococcus van; ezek részben teljesen extracellulárisan fekszenek. Csak egy helyen van sűrűbb geny, igen sok, főleg intracelluláris gonococcussal. Kezelés, befecskendezés stb. szünetel.

Február 11. Teljesen tiszta vizelet, 6—7 igen apró fonállal, ezekben tömegesen vannak gonococcusok.

Február 19. A teljesen tiszta vizeletben egyetlen vékony fonat, a szokott gonococcus-lelettel. Massage után, mely spontan váladékot nem adott, a tiszta öblítővízben egy egészen apró, igen vékony fonat, melyben *rengeteg mennyiségű* gonococcust találok.

Február 20. Öblítés és massage.

Február 25. Az öt órás vizelet teljesen tiszta, benne egy igen apró pehelyszerű czafat, melyben epithel- és genysejteket látok, gonococcust azonban nem.

Április 29. A közbeeső időben a kezelés szünetel s a coitus condomatus ellenére semmiféle tünet sem jelentkezik. A négy órás egész tiszta vizeletben néhány pehelyszerű, fehéres nyálkacsafat. Az ezeket alkotó nyálkában csak elvétve látható egy-egy leukocytá, ellenben igen sok a diplococcus kettős és négyes párokban, helyielyközzel csoportokba rendeződve. Egy másik czafatból készített praeparatumon végzett Gram-festés e mikrobák gonococcus-voltát igazolja.

Április 30. A beteg éjjeli vizelettel jelenik meg. A húgyesőnyíláson nem látszik elváltozás, lob jelei teljesen hiányzanak. Nyomásra a melyben kevés, egészen tiszta nyálkás váladék esillan meg, mely azonban nem szorítható ki a húgyesőnyílásból. Az ezután ürített vizelet teljesen tiszta volt, csak I. tartalmazott tökéletesen

átlátszó homogén nyálkát, a milyen a legnormálisabb éjjeli vizeletben is szokott lenni. E nyálkát pipettával kiemeltem és a hozzátapadt vizeletet óvatosan leittattam; a váladékot most lehetőleg vékony rétegben szétterítettem. A Gram-festést ezután az időközök legpontosabb betartásával³⁸ végeztem. A kiválóan sikerült praeparatum, melynek egyes különösen jellemző részleteit a esatolt képek is mutatják (III. tábla, 18—22. szám), nyálkából állott. A homogén alapanyagban igen sok az epithel, *genyestet ellenben csak hosszas keresés után talállok elvétve*. A praeparatumnak *immersio* alatt átvizsgálásakor *részint szabadon fekvő, részint az epithelsejteken elhelyezkedve kisebb-nagyobb csoportokban, halmazokban és rendekben gonococcus-alakú, Gram-negatív diplococcusokat talállok, melyek a fuchsinoldat contrast színét typososan felvették; sem az igen kis számban jelenlevő leukocytákban, sem azok közelében gonococcus nincs.*

A húgycső és hólyag alapos átöblítése, majd a hólyag ismételt megtöltése után rectális vizsgálatot végeztem, de sem a prostatában, sem az ondóhólyagokban, sem az ampullákban kitapítható elváltozásnak nem akadtam nyomára. Az ezután ürített öblítőviz első részletében mégis két igen finom, fehéres, vattaszálszerű, majdnem 1 cm. hosszú fonál úszott. Ezeket pipettával kiemeltem és óvatosan szétterítettem. A praeparatumból azután kitűnt, hogy ezek körülbelül 8—10 sor *genyestből és epithelből* állanak, melyeket helyenként tökéletesen elfed a gonococcusok nagy tömege. (Hurut bakteriumretentióval.) Egyes helyeken hiányzott ez a bevonat, de ugyanitt sok, össze nem verődött, teljesen extracellulárisan fekvő gonococcus volt látható. Úgy látszik, hogy vagy nem váltak le teljesen a bakteriumos leplek a massage alkalmával a mirigycső faláról, vagy pedig megsérültek a praeparatum készítése közben. Helyenként sorokba rendeződtek a bakteriumok a genyestek között. A III. tábla 23., 24., 25. számú ábrája ilyen látótereket mutat *immersiós vizsgálat alkalmával, valamint a fonalak histológiai képét lupe és körülbelül 400-szoros nagyítás mellett.*

Röviden összefoglalva: komplikált gonorrhoea esetében az epididymitis lezajlása után, mindennemű antisepsises kezelés szünetelése mellett első sorban a klinikailag felismerhető secretio tűnik el a genyes hurut mikroskopi képével együtt, azután a vizeletben fellelhető váladék genyesttartalma csökken annyira, hogy a teljes klinikai gyógyulás képe áll elő: tiszta reggeli vizelet, epitheltartalmú nyálkával. Csak a bakteriológiai vizsgálat jelzi a fertőző állapot további fennállását s e lelet alapján derítem ki a retentiós gócot.

A beteg tehát tökéletes, mondhatnók iskolapéldánya a „bakterium-gazdának“. Bakterium-gazdának³⁹ nevez a bakteriologia oly egyéneket, a kik valamely typosos fertőző betegség klinikai gyógyulása után annak okozóit ártalom nélkül hordozzák azon a nyálkahártyatractuson, a melyen ezen mikrobák egykor a szervezet genyes reakcióját váltották ki. A bakteriumgazda képének megfelelő egyszersmind a retentiós gócz kimutatása a typosos histológiai és bakteriológiai lelettel: „megnyugodott, klinikailag latens hurut bakteriumleplekkel“.

A gonorrhoea szempontjából, de különösen a gonococcusnak állítólag csak genyennel együtt való megjelenése szempontjából azért bir érdekel a közölt eset, mert teljesen ellentmond a dogmatikus, iskolászerinti felfogásnak, melyet lépten-nyomon olvashatni a genyedést és phagocytosist előidéző „intracelluláris Neisser-féle diplococcusról“.

Fontos ez az eset még

1. a gonorrhoea pathológiájának szempontjából, mert kétségen kívül bizonyítja a gonococcusgazdák létezését, a mennyiben a retentiós góczokból descendáló gonococcusok elszaporodásuk ellenére genyedés előidézése nélkül haladnak át az urogenitalis nyálkahártyatractuson, a melyen valaha pedig kiváltottak volt ilyenmű reakciót;
2. fontos az általános kórtan és bakteriologia szempontjából

³⁸ Picker Rezső: Bakteriologiai tanulmány a gonococcusról. Budapesti Orvosi Ujság, 1906. Urologia, 2. szám.

³⁹ Picker Rezső: Újabb vívmányok a hastyphus kórtanában és epidemiológiájában. Orvosi Hetilap, 1906. 8. és 9. sz.

⁴⁰ Előadás a kórtani és belgyógyászati szakosztályok együttes ülésén a természettudósok és orvosok gyűlésén Drezdában 1907 szeptember 17-én. Münchener med. Wochenschrift 1908. 1. szám.

is, mert bizonyítja, hogy mindaz, a mit a többi bakteriumos fertőző betegségről tudunk, a gonococcusra is áll s ezzel elveszti a gonococcus azon kivételes és kiváltságos állását, melyet neki a gonococcusstan eddigi dogmái biztosítottak.

* * *

Tisztelt Uraim! E megfigyeléseim folytatását, bizonyos tekintetben pedig zárókövet alkotják azon vizsgálataimnak, melyeket a német urológiai társaság I. congressusán Bécsben (1907 október), majd bizonyos szempontokból bővebben Budapesten (1908 január) volt szerencsém előadhatni.

Engedjék meg, hogy az általam választott modus procedendi, vagyis a rendszeresen alkalmazott objectív váladéknyerés és klinikai-bakteriológiai eljárás helyességének bizonyítására néhány szerzöt is idézzek, kik hasonló themákat dolgoztak fel ugyanazon szempontból mint én, de más bakteriumokról és más nyálkahártyarendszerekről.

Ezek első sorban J. Forster strassburgi tanár, a ki „Über die Beziehungen des Typhus und Paratyphus zu den Gallenwegen“ című referatumban⁴⁰ ugyanazon eredményre jutott, mint én a két héttel később Bécsben tartott előadásomban. Tartsák szem előtt, ha ezen cikket olvassák, hogy a gonococcus s a húgyszervek többi kórokozója (a metastasisos megbetegedésektől eltekintve) ismét azon nyálkahártyaszakasz felületére szállítatik vissza, a melyről a betegség heveny szakában a szervezetbe benyomultak. A typhusbacillus ellenben a száj- és garatüreg nyálkahártyájáról nyomul be a véráramba, az epeutakba választatik ki, ott megtelepszik és a bélbe ürül (descendál). E különbségtől eltekintve majdnem ugyanazon kifejezéseket fogják különösen az idült fertőző állapotokra és az őket feltételező mechanikai momentumokra megtalálni, mint nálam.

A második szerző, kit citálok, O. Hart⁴¹, schöneberg-berlini bonezoló-főorvos. Ez „Die Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phthise und das Lokalisationsgesetz des ersten tuberkulösen Lungenherdes“ című előadásában „Freund-nek máig is érvényes megállapításai alapján a tüdőcsúcsoknak a gümőkóros phthisis iránti mechanikai dispositiójáról szabatos tant állít fel és megkísérli a thorax phthisicus nehéz és sokat vitatott problémáját megoldani.“

Idült tuberculososok között egyébiránt szintén vannak bacillus-gazdák, kik köpetükben sejtes elemek nélkül tiszta bacillustenyészeteket választanak ki. Ily praeparatumaik vannak volt főnökömmnek, Székely Ágoston-nak, ki jelenleg a budapesti Pasteur-intézet vezetője. Ezek fiatal emberből valók, kit Székely éveken át figyelt meg klinikailag és bakteriologiailag is, míg végül a beteg több évi klinikai jólét után mégis csak tuberculosisának lett áldozata.

A pneumoniára és pneumococcusra ugyanezek állanak. Volt pneumoniásokban Besançon és Griffon⁴² a vizsgált esetek 80 százalékában találták a pneumococcut.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Schmidt und H. Lüthje: Klinische Diagnostik und Prognose innerer Krankheiten. Leipzig, Verlag von F. O. W. Vogel. 1910.

Ismét egy igazán jó tankönyvvel szaporodott a német orvosi irodalom. Az ismert nevű két belgyógyász-tanár munkája csakugyan az, a mire az orvostanhallgatónak és a gyakorló orvosnak szüksége van. A mint a szerzők előszavukban mondják; főtörekvésük oda irányult, hogy csak azt adják — de kritice —, a mire a tanulóknak és az orvosoknak szüksége van; igaz ugyan, hogy ily módon sok új dolog nem kap helyet, de hát ezeket ki-ki nagyon

⁴¹ Előadatott a washingtoni VI. nemzetközi tuberculosis-congressuson 1908 szeptember 28-án. Münchener med. Wochenschrift 1909. 3. szám.

⁴² Besançon et Griffon: Présence constante du pneumococque Gazette des hôpitaux, 1898. 45. szám.

könnyen megtalálhatja másutt, míg a bevált régi dolgokat akár-hányszor ugyancsak nem könnyű megelni.

Az általános részt, a fertőző betegségeket, a vért, az emésztőszerveket és a hashártyát, nemkülönben az idegrendszert *Schmidt* dolgozta fel, míg a légzőszervekről, a vérkeringésről, a húgyivarszervekről, a táplálkozásról és az anyagcseréről szóló fejezeteket *Lüthje* írta meg.

Nagyon emelik a könyv értékét az egyes fejezeteket megelőző élettani és kóreltani megjegyzések; kiemelendő az a körülmény is, hogy minden fejezet végén megtaláljuk az odartozó fontosabb betegségeknek semiotikai szempontból való összeállítását. Ilyen módon a munka nem csupán diagnostika, hanem egyúttal propaedeutika is. Végül még megjegyezzük, hogy a kimerítő betűrendes tárgymutató is nyújt valami újat, a mennyiben etymologiai magyarázatokat tartalmaz. Ez a nagyon is megszívlelendő újítás talán kevesbiteni fogja az orvosi műszavak írása körül oly sokszor tapasztalható megbotránkoztató botlásokat.

Az összesen nem egészen 600 lapra terjedő, a nyomdaiparnak is díszére való, 211 részben színes, nagyon szép és jó szövegközi ábrával és 3 táblával ellátott könyv ára vászonkötésben 16 márká.

Új könyvek. *A. Biedl*: Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie. Wien, Urban und Schwarzenberg. 20 m. — *H. Klose und H. Vogt*: Klinik und Biologie der Thymusdrüse. Tübingen, Laupp. 12 m. — *S. Löwenstein*: Unfall und Krebskrankheit. Tübingen, Laupp. 5-60 m. — *Nietner*: Bericht über die VII. Versammlung der Tuberculoseärzte. Berlin. — *Ehrenfried Albrecht*: Die Atmungsreaktion des Herzens und ihre Verwendbarkeit bei der klinischen Prüfung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Herzens. Jena, G. Fischer. 5 m. — *A. F. Hecht*: Die Fäces des Säuglings und des Kindes. Wien, Urban und Schwarzenberg. 8 m. — *Ehrlich und Hata*: Die experimentelle Chemotherapie der Syphilis (Syphilis, Rückfallfieber, Hühnerspirillöse, Frambösie). Berlin, J. Springer. 6 m. — *Francis H. A. Marshall*: The physiology of reproduction. London, Longmans, Green and Co. 21 sh. — *Ambrose E. L. Charpentier*: Haemoglobinuria. London, Baillière, Tindall and Cox. 3 sh. 6 p. — *Ronald Ross*: The prevention of malaria. London, J. Murray. 21 sh.

Lapszemle.

Idegkörtan.

A hypnózisról és therapiái alkalmazásáról mondja el nézeteit *Babinski*, a kinek kezében a hystéria fogalma lassan átalakult és új alakot öltött. Kétségtelen, hogy a hypnózis, a mely felfedezése és első alkalmazása idején a neurologiának legnépszerűbb fejezete volt, ma a gyógyításban alig, vagy éppen nem jön alkalmazásba.

Az első kérdés, a melyet el kell döntenünk, az, hogy a hypnózis valóságos állapot-e vagy fictio? A hypnózisban levő azt a benyomást teszi néha, hogy mit sem tud a környezetéről, lethargiában, öntudatlan állapotban látszik lenni. Máskor azt hisszük, hogy a hypnózis álmát alvó rabszolgája a suggerálónak; lehajlik, hogy a suggerált virágot szedje a tanterem padlóján, elfogadja füresnek a hallgatósággal zsúfolt termet, beszél az üres széken nem ülő emberrel stb. *Charcot*-nak is már az volt a legfőbb gondolja, hogy ez az állapot valóság-e és ezért gondosan kereste azokat a jeleket, a melyekkel a hypnózisnak mintegy diagnosisát lehet megállapítani, a melyekkel a valódi hypnósist a simulált hypnósistól meg lehet különböztetni. Ez a keresés hozta napvilágra a hypnózis úgynevezett „testi jelenségeit“, a túlzott idegizomingerlékenységet, a katalepsiát. E szerint valamely izom megnyomása annak összehúzóását hozza létre, a melyet nehezen győzünk le erővel, de a mely megszűnik az antagonista izom érintésekor. Az ideg megnyomása az általa beidegzett izmokat hozza összehúzódára. A katalepsia abban áll, hogy hirtelen hang behatása, vagy fénynek az erővel kinyitott szembe való esése alkalmassá teszi az illető egyént, hogy megerőltetés nélkül hosszú ideig elfoglaljon valami olyan állandó helyzetet, a melyet különben nem tudna elfoglalni. Görbéket is vettek fel az izommozdulatokról, a melyek jellemzőnek látszottak. *Charcot* azt hitte, hogy a hypnózis e jellemző sajátosságait nem lehet simulálni.

Ma e nézetek már nem állhatnak meg. A facialis-törzs megnyomása nem adja azt a képet, a mi ez ideg villamos izgatására áll elő, hanem arczfintorítást, a mely attól távol áll. A görbék, a

melyeket *Babinski* simulált katalepsiáról felvett, semmiben sem különböztek a *Charcot* valódi katalepsiás görbéitől. A hypnózis úgynevezett testi tünetei elvesztették jelentőségüket. A nancy-i iskola mindig ezen az állásponton volt, de a hypnósist magát valószínűleg fogta fel.

Igaz, hogy a vesaniának és más, úgynevezett psychés körképeknek sincsenek ilyen testi tünetei, de ezeknek mindenütt ugyanaz a képe és idegen beavatkozás nélkül támad. Nem így van a hypnózis dolga. Ezt csak más tudja létrehozni és nem mindenhol ugyanaz, hanem olyan, a melyet a suggerált már látott vagy hallott, egyszóval eltanult. A hypnotizált ember sok tekintetben komédiás módjára viselkedik.

Babinski, a ki maga is *Charcot* mellett működött a hypnózis fénykorában, ma azt gondolja, hogy a hypnósistól való nézeteknek meg kell változniok. Régebben azt hitték, hogy a hypnózis az azt elszenvető akarata ellenére is keresztülvihető; hogy a hypnózis után nem emlékezhetni vissza a hypnózis alatt történt dolgokra; hogy a lethargiás állapot öntudatlan; hogy a somnambulás állapot vak engedelmeséget hoz létre. Mindez azonban nem áll.

Még a Salpêtriére legrégebb hű betegei sem voltak mindig jól álomba ejthetők. A legkisebb, nekik kellemetlen szó, jelentéktelen ok elég volt arra, hogy nem lehetett elaltatni azt, a ki máskor, ha kedve volt, egyetlen tekintetre hypnózisba esett. Beleegyezése ellenére senkit sem lehet elaltatni. Ugyanígy van a hypnózis alatt történtek elfelejtése is. Meghagyjuk a betegnek, hogy ne emlékezzék vissza, és ő valóban úgy felel a hypnózis után, mintha nem emlékezett volna. A beteg viselkedése később azonban elárulja, hogy meg van emlékeztében a hypnózisban történt esemény, még ha engedelmesen mondja is, hogy semmiről sem tud. *Babinski* e kísérletei megegyező eredményt adtak. Legkönnyebben ismételtethető a következő. Hypnózisban megtanítjuk az egyént, hogy valamely szónak idegen nyelven milyen kifejezés felel meg és meghagyjuk, hogy éber állapotban nem tudja ezt. A beteg felébred, megkérjük őt, hogy az a bizonyos szó mit jelent idegen nyelven, azt a feleletet kapjuk, hogy az illető e nyelven nem beszél. Hosszas rábeszélésre azonban majdnem mindig sikerül megkapni a helyes feleletet. A lethargiában nincs öntudatlanság, mert hiszen a hypnózis álmát alvó emlékszik és engedelmeskedik. A somnambulás állapotban nem rabszolga áll előttünk, a ki okvetlen engedelmeskedni kénytelen, bár sokszor a legképtelenebb dologra rá lehet őt venni. De ha megpróbáljuk, hogy olyan dologra beszéljünk rá, a mely reá káros, vagy csak kellemetlen, le nem győzhető ellenállásra bukkanunk. Tessék megkísérelni az asszonyt arra rávenni, hogy olyan toilettet vagy hajviseletet használjon, a mely neki rosszul áll, meg fog törni a hypnózis engedelme. Még kevésbé lehet valakit olyasmire rávenni, a mit lelkiismeretével össze nem férhetőnek tart. A hypnotizált ember tehát megbírája a kapott parancsokat és megválasztja, hogy engedjen-e vagy ellenálljon.

A hypnózis minden tekintetben megegyezik a hystériával, a melylyel összefoly. A hypnózisban levő és a hystériás ember olyan zavarokban szenved, a melyeknek valóságáról ő maga meg van győződve, de csak bizonyos fokig. Az őszinteségüknek határa van. A hystériás ember minden körülmény között úgy viselkedik, mintha bizonyos fokig ura volna betegségének, mintha őszintesége nem volna teljes. Az epilepsiával ellentétben csak bizonyos helyeken szokott rohamot kapni, a melyből sérülés nélkül kel fel; a hallucinációkban nem úgy viselkedik, mint a valóban hallucináló, mert nem bántja önmagát; a vizsgálatban kiderülő mély érzéketlenség dacára nincs kitéve a megégés veszedelmének, mint a syringomyeliás; a látótérszűkület nem veszi el látását. A hystériás félig simuláns.

Ugyan ez ráillik a hypnózisban levő emberre is. Ha azt mondjuk neki, hogy a ház ég, esetleg rémült arczkifejezést árul el, de nem menekül a fanyegető lángok elől. A hypnózis éppen úgy suggerált tünet, mint a hystéria többi tünete, sőt nem is bizonyos, hogy fokozza a suggerálhatóságot.

Mindezeknél fogva *Babinski* már alig alkalmazza a hypnósist mint gyógyító eszközt. Nincs már ezéja, ha nem fokozza és nem javítja a suggerálhatóságot. A mit régen el lehetett érni e tekintetben a hypnósissal, azt ma el lehet érni egyszerű rábeszéléssel is. Sőt a hypnózis el is vihet a céltól, mert ha túlhirtelen gyógyulást suggerálunk és az nem sikerül, elvesztjük befolyásunkat a

betegre. Legfeljebb azon esetben, ha suggerálással már nem boldogulunk és a beteg rendületlenül bizik a hypnosisban, van meg a jogosultsága az alkalmazásának.

E felfogásnak a törvényszéki orvostanban is nagy jelentősége van, mert oda lukad ki, hogy a kit éber állapotban nem lehet büntetve rávenni, arra hypnosisban sem lehet ráparancsolni a tettet. Legfeljebb ügyetlen „laboratoriumi” kísérlet sikerül. Ugyan-így vagyunk a hypnosisban elkövetett nemi közöszlással is. Ezt hypnosisban csak az engedi meg, a ki különben sem állana ellent. (La semaine médicale, 1910. 3. sz.) Kollarits Jenő dr.

Gyermekorvostan.

Raynaud-kórt észlelt C. Beck 6 hónapos csecsemőn. A Raynaud-kór egyike a ritkább gyermekkori megbetegedéseknek, rendszeren a kezeken és lábakon mint symmetriás elkékelés, majd mint gangraena jelentkezik, ritkábban más testrészen is látható. Esetében a baj mindkét alsó és felső végtag distalis részén, valamint a bal fülkagylón, kezdetben mint kékes, livid, éles határu elszínesedés, később a bal kézen mint elhalás jelentkezett. Az elszínesedés hol eltűnt, hol meg újra jelentkezett. Egy hónapi megfigyelés után a gyermek fokozódó gyengeség és hasmenés tünetei között acut szívgyengeségben elhalt. A boncolás általános atrophiat és a bal kézen kezdődő gangraenát állapított meg. A szövettanilag megvizsgált környéki és központi idegrendszerben elváltozást nem találtak. Az arteriákban mindenütt, de különösen a végtagok arteriáiban, hyperplasiás intimamegvastagodás találtatott. Hasonló elváltozást mutattak a kar venái is.

A betegség aetiologiája teljesen homályos. Úgy látszik kedélyizgalmak, hőmérsékviszonyok, traumák befolyásolják. Néha infectiók bántalmak utókövetkezményeképen támad. A baj rohamokban jelentkezik, a roham alatt az elkékelte végtag bizserég, fáj, pulsusza átmenetileg nem tapintható. A betegség három phasisból áll: először rövid ideig tartó lokális ischaemia, azután csakhamar regionalis cyanosis támad, a melyet a gangraena követ. A II. stadiumban a végtag előbb kék, majd egészen feketévé válik és hűvös. A gangraena szakában az epidermis véres hólyagok alakjában leválik, a végtag hűvössége megszűnik; rendszeren csak felületes gangraenát észlelünk, de nem egyszer az elhalás a mélybe terjedve, egyes ujjpercek elpusztulnak. Igen ritka egy egész végtagrészenek a mumifikálódása, a mikor is az elhalt rész az élettől éles határral van elválasztva, s hónapok múltán lökődik le. Az egész folyamat láz nélkül szokott lejárni. Az ily módon megtámadott végtagrészt érzékenysége, mozgékonyága csökkent, míg a fájdalom iránti érzékenysége fokozott.

A kórfolyamat rendszeren a kéz és láb ujjain jelentkezik, ritkábban az orr, fül, állcsúcs, ajkak, pofák, farpofák is megtámadtatnak. Néha oedemák, ízületi affectiók, izomsorvadás és a zsírpárna megfogyása a megtámadott végtagrészen kísérik a bajt. Ritkábban társul a látás, hallás zavarával; glykosuriával, vagy albuminuriával is társulhat, de ez igen ritka. Rendszeren 2—4 hónap múlva gyógyulás áll be, de nem egyszer újabb és újabb rohamok támadnak és a betegség hosszan elhúzódhat.

Pathogenesise teljesen ismeretlen; kiváltó oka az érgöres. Raynaud centralis vasomotoros neurosisnak tartja, mások szerint a gerincvelő szürke kérgének egyes részein székelő infectio, vagy a vasomotoroknak congenitalisan fokozott ingerlékenysége az előidéző ok. Beck esete az előidéző okot magában az ereken jelentkezett kóros folyamat következményének sejteti.

Differential-diagnostikai szempontból fontos a symmetriás localisatio, a rohamokban való jelentkezés, a szívnek és az ereknek klinikailag intact volta.

Therapiája tüneti: általános erősítés, száraz-meleg. Priessnitz-kötések, massage, langyos fürdők. A fájdalmak ellen chloral, esetleg morphium.

Prognosisa rendszeren elég jó, bár olykor septikus megbetegedések folytán a betegek meghalnak. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1910. 72. kötet, 1. füzet.) Böky Zoltán dr.

A meningitis cerebrospinalis epidemiaról ír J. Comby 31 eset alapján. Ezek közül 16 eset 1903—1908-ra, a többi 1909-re esik; 19-et ez év első hónapjában észlelt. A ragályosság rendkívül csekélynek látszott s elhúrozolást egyszer sem sikerült

kimutatni. Mégis az orr-garatür váladékát fertőzőnek kell tekinteni. A klinikai lefolyás általában megegyezett a tipusos körképpel; kétszer ízületlobot, egyszer phlegmasia alba dolens-t észlelt szövőd-mény gyanánt. A kezelés forró fürdőkől és rendszeres lumbal-punctiókból állott, egyszer-másszor kombinálva elektrargol-befecskendezéssel. Egy másik sorozatban (14 esetben) antimeningococcus-serumot alkalmazott és pedig 10—30 cm³-t 1—12-szer intralumbalisan. A serumnélküliek halálózása 75% volt. Kolle-serumot kapott 4. Flexner-Dopter-serumot pedig 10; a Kolle-serummal kezelték mind meghaltak, a Flexner-serummal kezelték közül 8 meggyógyult. A nagyon súlyos és későn injiciált esetek leszámításával Comby 20%-ra teszi a serummal kezelték halálózását. Prophylactice antiseptikus öblítéseket, inhalatiókat és insufflatiókat ajánl. (Archiv de medec. des enfants, 1910. XIII. k.) A. Bruch egy tipusos lefolyású esetet közöl, mely intramuscularis elektrargol-injectiókra gyógyult. E. Merle 2 esetről ír, melyek nehezen voltak megkülönböztethetők a typhustól. Egyik esetben roseolaszerű exanthema fejlődött a 6. napon a hason és a lágyéktájon. Mindkét esetben kritikus lázesés állott be a Flexner-serumra, miután egy esetben kétszeri Kolle-serum befecskendése hatástalan maradt. M. Lateiner a bécsi Ferencz József-kórház gyermekosztályáról 26 eset kapcsán referál a bántalomról. Ezek közül 20 a Paltan-féle folyékony és 6 a Ruppel-féle száraz serummal volt kezelve. A folyékony serumot intradurálisán alkalmazta 20—30 cm³-es dosisokban s a halálózás jelentékenyen csökkent, tudniillik 40% volt, míg a serumnélküli kezelés mellett (csupán lumbalis punctio) a halálózás 70% volt. Hainiss dr.

Szülészet és nőorvostan.

A klasszikus császármetszés viszonyáról a hebsto-tomiához és az újfajta (extraperitoneális) császármetszéshez ír Leopold (Dresden). Érdekes összeállításban adja közre tapasztalatait, melyek folytán jogosítva érzi magát, hogy a klasszikus császármetszés helyzetéről a hebsto-tomiával és az extraperitoneális császármetszéssel szemben nyilatkozzék. 300 császármetszésből, 84 hebsto-tomiából és 11 extraperitoneális császármetszésből meríti véleményét, a mely a következő indicatiókban talál kifejezést:

A klasszikus császármetszés javalt, ha a conjugata vera 8—7.5 cm. vagy kevesebb, ha az anya nem fertőzött, a gyermek biztosan él; úgy először, mint többször szülőkn, a szülés bármely stadiumában végezhető. Az eredmények kitünők; az anyai mortalitás 1.2%, a magzati 0%. A Porro-műtét javalt: ha a conjugata vera 7 cm. alatt van és az anya inficiált, különösen halott gyermek esetén, először szülőkn is; ezt a műtétet szintén el lehet végezni a szülés bármely stadiumában. Anyai mortalitás 0%, magzati 5—6%. Hebsto-tomia csakis 8—6 3/4 cm.-ig terjedő szűkület mellett végezhető, a magzat megmentése érdekében, csakis nem inficiált többször szülőkn. Ha a vera 6 1/2 cm., akkor a csontsebtágítása és fejlett magzat esetén a medenczegyűrű szétfeszítése a symphyes sacroiliacae-re veszélyes lehet. Anyai mortalitás 1.2%, magzati 6—8%. Extraperitoneális császármetszést a magzati élet megmentésére 8 cm. conjugata vera mellett és ez alatt végez, de a műtét fertőzött esetekben úgy az anyára, mint a magzatra nézve igen veszélyes; anyai mortalitás a kiterjedt kötőszöveti sebzés miatt 7—8%, magzati 8%. Megjegyzi, hogy az a remény, hogy a 8 cm. alatt levő szűkületek eseteiben, infectio jelenlétében, ezzel az újfajta eljárással biztosan sikerül anyát és magzatot megmenteni, nem valósult meg. Csak akkor számíthatunk arra, hogy tisztán extraperitoneálisan fogunk dolgozni, ha a plica vesicouterina még jó magasan áll. Ha a plica mélyen áll, akkor már transperitoneális cervicalis császármetszést kell végezni, a mi nem egyéb, mint a régi sectio caesarea, de nem a corpus uterin, hanem az alsó uterinális segmentumon. Még mindig maradnak végeredményben esetek, a melyekben ez a műtét sem segít az élő gyermek perforálásának elkerülésében.

Az egyes műtétek előnyeit és hátrányait a következő táblázatban foglalja össze:

Sectio caesarea	Hebsto-tomia	Extraperit. császárm.
A műtét: egyszerű hasmetszés és a méhnek felvágása	Csontok átfúrás-lése	Mély és kiterjedt kötőszöveti és méh-sebzés

	Sectio caesarea	Hebosteotomia	Extraperit. császárm.
2.	Két perc alatt meg van nyitva a méh és a magzatot könnyű szerrel extraháljuk	Az átfűrészelés után fogó, fordítás vagy spontán szülés következik. A szülés tartama tehát jelentősen hosszabb	A méh megnyitásaig a bormetszéstől számítva leggyorsabb dolgozás mellett is 10 perc telik el
3.	A sebést sebészeti módon, rendes varrattal egyesítjük	A csontsebet magára hagyjuk. A lágy sebzéseket nem lehet mindig jól egyesíteni	A varrat igen komplikált; a drainage szükséges
4.	A vérvesztéséget jól tudjuk ellenőrizni (szükség esetén gummicsőleszorítás)	A vérvesztés néha óriási méréket ölthet	
5.	A tiszta esetek lefolyása egészen sima	A tiszta esetekben is csak lassú a gyógyulás. Gyakran támad láz és thrombosis	
6.	Valamennyi magzat élve születik	Magzati mortalitás 4—7%	
7.	A lázas és tisztátalan eseteket eleve kizárjuk	Legjobb, ha lázas és infectióra gyanús esetben ezeket a műtéteket sem végezzük	
8.	A későbbi közérzet rendszeren igen jó	Egyes esetekben járási nehézségek maradnak hátra	Rendszeren jó közérzet
9.	Az operáltak az eljárással mindig meg voltak elégedve	Az operáltak kevésbé vannak megelégedve. Ha az illetők újra műtét alá kerültek, mindig a klasszikus császármetszést kellett végezni	Az operáltakat eléggé kielégíti
10.	A műtétet végezhetjük tiszta esetekben, úgy először, mint többször szülőkön, bármely stadiumban van a szülés	Csak multiparán, csak tiszta esetben, a méhszaj eltűnése után	A valódi extraperitoneális eljárás magasan álló plica, vagyis magasra felhúzott collum mellett, ha a szülőfájások jó ideje tartanak, relative könnyű műtét; de mélyen álló plica mellett nehéz vagy egyáltalában nem végezhető

A legjobb eredményeket tehát az anyára és magzatra nézve a klasszikus császármetszéssel lehet elérni, ezt semmiféle műtét sem tudja pótolni. A szűkmedencezés szülések kezelésében Leopold úgy vél jó eredményt elérni, és ez az egyetlen mód reá: ha a szűkült medencezéseket 14 nappal a terhesség vége előtt berendeljük a klinikára, ott előkészítjük őket és óvjuk a fertőzéstől.

Scherer dr.

Börkörtan.

A gümöbacillus kimutatását kísérlete meg bőrbajokban W. Lier (Wien). Az antiformin-eljárás, melyet Uhlenhuth eredetileg a köpetvizsgálatra ajánlott, a legkülönbözőbb esetekben bevált a saválló bakteriumok kimutatására. Az eljárás már többszörösen bevált oly esetekben is, a melyekben a Koch-féle bacillusnak mikroskopi kimutatása nem sikerült. Merkel vizsgálatai később azt is kiderítették, hogy az antiformin-eljárás segítségével a gümöbacillust olykor még fixált, sőt beágyazott szövetdarabokból is lehet izolálni. Ezzel az új eljárással kísérlete meg a szerző, hogy a lupus vulgarisban és az úgynevezett tuberculidekben is kimutassa a Koch-féle bacillust. A vizsgálati anyagot a következő esetek szolgáltatták: 4 lupus vulgaris, 3 lichen scrofulosorum, 1 lichen nitidus, 1 Boeck-féle miliaris lupoid, 2 tuberculosis verrucosa cutis, 1 scrofuloderma és 1 gomme scrofuloux. A frissen kimetszett anyagot a szerző felapitotta és vízzel megszabadította a vértől. Az anyag ezután 27^o-os szekrényben 15—20^o-os antiforminoldatba került, a hol feloldódott. A nyert oldat kevés alkohollal keverve centrifugálásnak lett alávetve. A tárgylemezre kent üledéket a szerző Ziehl-Neelsen szerint festette. Lier ezzel az eljárással több

izben ki tudta mutatni a gümöbacillust. Különös érdeklődést kelthet az a lelete, hogy lichen scrofulosorum esetében is talált bacillust. Minthogy a lupus vulgaris szöveti metszetében — mint ismeretes — rendkívül nehéz, sokszor csaknem lehetetlen a kórokozót kimutatni, bizonyára haladás, ha az antiforminos eljárás segítségével eléggé egyszerűen meg tudjuk találni a keresett bacillust. (Medizinische Klinik, 1910. 37. szám.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az újabb műtési módszerekről. A szakirodalomban nemrég megjelent közlemények közül Körner (Rostock) az orrban levő *synechiák* műtétére ajánlja új módszerét, mely abból áll, hogy az összenövést szétválasztva, az újbóli odanövés elkerülésére kivágja a septum azon részét, melyhez a hegyszövet tapadt. A septumban támadt luk nem okoz bajt, széleit a lágyrészek gyorsan benövik. Az eljárás csupán kis gyermekek veleszületett syphilitikus összenövése esetén jár nehézségekkel. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 1910. LX. kötet. 3—4. füzet.)

Sturmann (Berlin) a felső állcsontöböl feltárása ajánlott módszerével szerzett újabb tapasztalatairól számol be. Sturmann 1908-ban (Berliner klinische Wochenschrift, 27. szám.) közölte módszerét, melylyel intranasalis úton tárja fel az antrumot. Az orr-szárnny nasalis felületén, a külső orrnyílással párhuzamosan, az alsó kagyló épségben tartásával vezetett metszésből kiindulólág szabadabbá teszi az apertura pyriformis csontos vázának azon részét, melyben az állcsontöböl facialis és nasalis fala találkozik; ezekből véső vagy trephine és csontfogó segítségével annyit távolít el, hogy az antrumba kényelmes betekintést nyer; ily módon kikaparás, stb. jól végezhető. Az állcsontöbölt kibélelő nyálkahártya pótlására a lateralis orrnyálkahártyát használja fel, megfelelő lebenyt készítve belőle. Közlése óta körülbelül 25 esetben végezte műtétét, melynek előnyei: a műtét tartamának, de főleg a gyógyulási folyamatnak lényegesen rövidebb volta, az antrum jó áttekinthetősége — az utókezelés folyamán is —, az alsó orrkagylónak épségben tartása és a műtétnek ambulanter, helyi érzéstelenítéssel végezhető volta, végül az orális módszerekkel szemben még az állcsontöböl és a szájüreg közötti communicatióból származó kellemtelenségek elkerülése. (Archiv für Laryngologie, XXIII. kötet. 1. füzet.)

West (Baltimore) a hypophysis sebészetéről ír a rhinologus szempontjából. A hypophysis-daganatok kiirtására használatos intracranialis módszerek veszélyességének, s a nagyfokú ronesolással járó extracranialis módszerek eltorzító voltának elkerülése végett intranasalis eljárást dolgozott ki: mindkét középső kagylónak s szükség esetén az alsó kagylónak is reszekálása után mindkét sinus sphaenoidalis elülső falát teljesen eltávolítja; a septum nasaleből a Zuckerkandl-féle vonal mentén derékszögű négy-szög alakú darabot kivés, ez által a septum sphenoidalehoz jut, melyet teljesen eltávolít, végül felvési a sella turcicát, miközben pontosan a középvonalban kell maradni a látóidegek és carotisok megsértésének elkerülése végett. Eljárását hullán számos esetben kipróbálta; véleménye szerint műtete élön helyi érzéstelenítéssel végezhető, s tekintve, hogy legnagyobbbrészt a természetes üregeken át közelíti meg a hypophysist, a műtét minimális szövetronesolással jár. (Archiv für Laryngologie, XXIII. kötet. 2. füzet.)

Hirsch (Wien) rövid időközben endonasalis úton operált hypophysis-tumor két esetét demonstrálta az ottani orvosgyógyászletben. Első esetének műtétét 5 etappeban végezte, helyi (cocain) érzéstelenítéssel: endonasalis szélesen feltárva az állcsontöbölt, a sella turcicát felveste, s a durát megmetszve, a tumort (cysta) részlegesen eltávolította. A lefolyás és az eredmény igen kedvező volt: a beteg nagyfokú fejfájása megszűnt, a látás jobboldalt 1/30-ról 1/10-re emelkedett; a bal szem teljes vakága azonban nem javult. Második esetében szédülés, óriási fejfájás és látás-zavarok voltak a tünetek, a látás a jobb szemén 6/6, a bal szemén 6/60. A műtétet 0.01 morphinum bőr alá fecskendezése után helyi (30% cocain) érzéstelenítéssel egy ülésben végezte: reszekálta mindkét középső kagylót s a septumot (submucosusan), mindkét állcsontöböl elülső falát eltávolította, reszekálta a vomert és a rostrum sphenoidale, a sella turcicát felveste s a durát megmetszve, a tumort részlegesen eltávolította. A beteg a műtét után subjective teljesen

jól volt, visusa a jobb szemén $\frac{6}{5}$, a bal szemén $\frac{6}{18}$. Műtétének előnyei: az általános narcosis elkerülése, az endonasális út — külső sértés elkerülése —, a minimális vérzés. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 15. és 25. szám.)
Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az éhség- és szomjúságérzet mérséklésének feladatával nagyon gyakran találkozok a gyakorló orvos (soványítás, gyomorfekély, diabetes stb.). Anaestheticumok (főleg cocain) igen kis adagjainak tartós használatával Sternberg szerint e téren jó eredmény érhető el. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 28. szám.)

Habituális székrekedés eseteiben tudvalevően fontos, hogy a beteg ne használjon huzamosabban egy szert. Jó tehát, ha az orvosnak sok szerről vagy összetételről van tudomása, a melyet ajánlhat. Ezért iktatjuk ide a Riforma medica ez évi 30. számában közölt receptet: Rp. Sulfur. loti. Fol. sennae pulv. aa 70·0; Fruct. foeniculi pulv., Fruct. anisi stell. pulv. aa 30·0; Tartari depur. 20·0; Pulv. liquir. 80·0; Sacchari pulv. 200·0. M. D. S. Este veendő be kevés vízzel 1—2 kávékanálnyi.

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1910. 10. füzet. Porosz Mór: A homosexualitás fejlődésének okairól. Juba Adolf: Az iskolaorvosi intézmény Magyarországon.

Gyógyászat, 1910. 44. szám. Unterberg Hugó: A kankós mellékheregyulladás sebészeti kezelése. Kubinyi Pál: Mikor mondjuk ki a méhrákról, hogy már nem operálható.

Orvosok lapja, 1910. 44. szám. Chudovszky Móricz: Sebészeti megbetegedések.

Vegyes hírek.

Nyílt levél az Orvosi Hetilap t. szerkesztőségéhez. Berend docens úr csak nemrég megjelent munkájában: „A csecsemőhalálozás magyar okai; a csecsemővédelem eddigi eredménye s útja a jövőben” a 123. oldalon azt írja, hogy a m. kir. belügyministerium által 1902-ben kiadott „Jó tanácsok terhesek, gyermekágyasok s anyák számára” című kis füzetben a csecsemőápolási részt ő írta meg. Berend docens ezen állítása téves. Az egész rész elejétől végig az én szellemi termékem és szó szerinti reproductiója azon röpiratnak, melyet 1900 elején írtam s több ezer példányban nyomattam ki s ugyanezen év, tehát 1900 június hónapja óta minden anyának díjmentesen kiosztattam.

Budapest, 1910 november 4-én.

A tek. szerkesztőség kész hive
Bókay János.

Kinevezés. Fodor Ödön dr.-t edelényi járásorvossá, Jánossy Boldizsár dr.-t az angyalföldi állami elmegyógyintézethez, Czukeller József dr.-t a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá, Szabados Sándor dr.-t a hőmezővási szemkórházhoz, Dobrescu Aurél dr.-t és Silser József dr.-t a székeszárdi kórházhoz alorvossá nevezték ki. — A székesfőváros főpolgármestere Kaszper Károly dr.-t alorvossá és Stühmer Frigyes dr.-t segédorvossá nevezte ki a jobbparti kórházakhoz.

Választás. Barta Gábor dr.-t székesfővárosi kerületi orvossá, Csillag Gyula dr.-t mágocsi körorvossá választották. — A Charité-poliklinika szemészeti osztályának főorvosává Barlay János dr.-t, a bőrbetegosztály főorvosává pedig Brezovszky Emil dr.-t választották.

Az Országos Orvos-Szövetség az alábbi figyelmeztetés közlésére szólított fel: „A békésmegyei orvosi kar egyhangúlag elhatározta, hogy elutasítja az országos munkásbiztosító pénztárnak az orvoskérdés rendezésére vonatkozó ama tervezeteit, a melyek szerint az orvos a pénztárnak csak tisztviselője, esküvel és fegyvel meg szolgálhat szabályzat-al alárendelt tisztviselője lehet. Az országos pénztár válaszképpen megfenyegette a békésmegyei orvosi kart, hogy ellenállása letörésére más-honnan szállít orvosokat Békésgyulára és a megyébe. Ama collegák, a kik mindezek ellenére hajlandók lennének a vállalkozás támogatására, kizárólagosan saját érdekükben cselekednek, ha előbb a békésmegyei fiókszövetség elnökségéhez fordulnak felvilágosítás czéljából.”

Meghalt. Rózsaffy Alajos dr., az államrendőrség nyugalmazott főorvosa, 71 éves korában. — R. U. Krönlcin tanár, kiváló sebész, még rövid idővel ezelőtt a sebészet tanára a zürichi egyetemen, október 26-án. — C. Baumgarten, a belorvostan tanára a st.-louisi Washington egyetemen.

Kisebb hírek külföldről. A Strümpell tanár elköltözésével megüresedett belorvostani tanszékre a bécsi orvostanári kar a következőket jelölte: Chwostek, Redlich, Frankl-Hochwart. — A marburgi egyete-

men a nőorvostan és szülészet rendes tanárává W. Zangemeister königsbergi magántanárt, a belorvostan rendes tanárává pedig J. Wenckebach groningeni tanárt nevezték ki. — Bécsben legközelebb kezd meg működését az új radium-intézet, mely a tudományos akadémia tulajdona. Az akadémia az intézetnek $3\frac{1}{2}$ gramm radiumot bocsátott rendelkezésére. Több bel- és külföldi radium-kutató máris helyet biztosított magának az új intézetben.

Korányi Frigyes tanárt a berlini orvosegyesület 50 éves alapítási jubileuma alkalmával dísztagjává választotta. Korányi tanáron kívül e kitüntetésben még a következő 21 orvosi kitűnőség részesült: J. Boas (Berlin), W. Kessler (Berlin), S. Exner (Bécs), E. Fuchs (Bécs), C. Golgi (Pavia), Armauer Hansen (Christiania), A. Jacobi (New-York), W. W. Keen (Philadelphia), S. Kitasato (Tokio), C. L. A. Laveran (Páris), R. Lépine (Lyon), J. Lister (London), A. Murri (Bologna), B. Naunyn (Baden-Baden), J. P. Pawlow (Szt.-Pétervár), S. Ramón y Cajal (Madrid), G. Retzius (Stockholm), W. C. Röntgen (München), C. J. Salomonsen (Kopenhága), O. Schjernig (Berlin), W. Waldeyer (Berlin).

A Nobel-díjat az idén A. Kossel-nak, a heidelbergi egyetemen az élettan tanárának ítelték oda.

Lysochlor, a chlor-meta-kresol 50%-os oldata. Dr. Laubenheimer vizsgálatai szerint, a mely vizsgálatok újabban Magyarországon is meg lettek erősítve, a lysochlornak ugyanazon töménységű oldata, másfél-szeresen mulja felül a sublimat oldatát bakteriumölő hatására nézve, a nélkül, hogy mérgező hatást fejtene ki. Eredeti 50, 100, 250, 500 és 1000 gm.-os üvegekben kerül forgalomba és alkalmazása 0·5%-os oldatban történik.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium”. Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

Consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzadmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos Dr. VÁNDOR DEZSŐ.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngyútk-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

Ujtátrafüred Sanatorium

légszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Tamássy Park-sanatoriuma Dunaharaszttiban (Budapesttől villamosközlekedés). Külön osztály vérhajosok, bőrbetegek és légyszervi megbetegedésekben szenvedőknek. Főorvosok: Deutsch Arthur dr., dermatologus és venerologus, v. egyet. tanársegéd, Stossmann Rudolf dr., sebész, urologus, v. poliklinikai assistens.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos Schnier György dr. Felvétetnek ideg- és kedélybetegek, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morfinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospektus. 6318

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. földsz. I. Telefon 112—95.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhöz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület LXXIII. nagygyűlése 1910 október 14.-én. 817. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIX. rendes tudományos ülés 1910 október 22.-én.) 817. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület LXXIII. nagygyűlése 1910 október 14.-én.

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Blaskovich László, Bálint Rezső.

(Vége.)

4. A belorvosi klinika feladatairól, kapcsolatban a II. sz. belklinika bemutatásával.

Jendrassik Ernő: Általános körvonalában ismerteti a belorvostan újabb haladását, kiemeli a diagnostikának a laboratoriumi vizsgálatok segítségével elért nagy tökéletesedését, úgy hogy valaminth ma a modern sebész műtőterem nélkül nem boldogulhat, a belorvosnak is elkerülhetetlenné vált a laboratorium segítsége, a körjelzések nagy része valóban csak a laboratoriumban állapítható meg. Példákkal bizonyítja ezt, felhossa többi között a nyári typhus lefolyását, melynek klinikai képe egészen eltérő volt a typhus klinikai képétől és sok esetben csak a vér direct bakterium-vizsgálatával lehetett a betegség mibenlétét megállapítani. Más serum-reactiók, a Wassermann-kémlés, a vér szöveti vizsgálata, a váladékok kémiai analysise, bakteriumos vizsgálatok mindmennyi biztos és határozott eredményt adó körjelek lehetnek, melyeket ma a körjelzésben, sokszor még a gyógyításban sem nélkülözhetünk. Ezekhez járulnak a villamos vizsgálatok, a Röntgen-fénnyel való vizsgálás nagyon értékes adatai. A mellkasi és hasi szervek betegségeinek felismerésében ezen vizsgálóeszközök jelentősége napról napra még fokozódik. Mindezek az új vizsgálómódszerek abból a törekvésből fejlődtek nagygyá, hogy a belorvostan szorosabb kapcsolatba kerüljön a theoretikai szakokkal, hogy az ember élettanának, kórtanának bűvárlatára a klinikai anyag felhasználtsassék. Nem lehet kételkedni abban, hogy ez a helyes meder, a melyben remélhető, hogy a gyógyítás majdan igen számos theoretikai kérdést is megfejt s ezen a téren ismereteinket az élettanban, az idegrendszer anatomijában nagyon hathatósan gyarapítja. A mai belorvosi klinikának tehát nemcsak egészen modern felszerelésű kórházból, hanem még a betegvizsgálásra, a tudományos vizsgálatok valamennyi ágára berendezett s felszerelt laboratoriumokkal is kell birnia, s végül a tanítás céljaira is a lehető legtökéletesebben kell ellátva lennie.

Ezen principiumok alapján igyekezett az előadó az új II. belklinikát létesíteni. Az előadó ismerteti ezután klinikáját, a melynek főbb adatai a következők: Az épület 80 méter hosszú fronttal bír, s csaknem négyszögben épült, mintegy másfélmillió korona költséggel. Az épületnek csaknem 300 helyisége van, elosztva a mélyített földszinten, magas földszinten és három emeleten. A mély földszinten a szolgáló személyzet lakásán kívül nagyobb vizgyógyító berendezés létesült különféle fajtájú fürdőkkel, Zander-teremmel, öltözőkkel. Ugyanitt még raktárak, egy nagyobb laboratoriumi műhely, kísérleti állatistálló vannak, továbbá egy a szükségletekhez mért diaetetikai konyha, a melyben a szigorúbb diaetetikai kísérletekhez való ételek készülnek. A magas földszinten vannak: külön bejáratú a nyilvános rendelőhelyiségek és pedig két rendelőterem (egy belorvosi, egy idegbajosok részére), mindegyikhez megfelelő váróhelyiség és nagy kezelőterem. Ezenkívül az épület másik oldalán a rendes forgalomtól teljesen elkülönített néhány kórterem van erősebben fertőző betegek részére. Külön csoportokban következnek azután a tanári szoba, a könyvtár, a két fizikai, a nagy kémiai laboratorium, két bakteriologiai, két szövettani dolgozóterem, photographáló műterem, megfelelő sötétkamrákkal, egy teljesen felszerelt lélekzési gázcsere-laboratorium. Ezenkívül a tanulók gyakorlati dolgoztatására szánt három terem. Itt van továbbá a nagy tanterem 250—300 hallgatóra kényelmes elhelyezéssel, külön ruhatárral. A tanterem vetítő készülékét az előadó bemutatja.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIX. rendes tudományos ülés 1910 október 22.-én.)

Elnök: Preisz Hugó. Jegyző: Entz Béla.

Adnex- és coecumtuberculosis; méhkiirtás coecum-resectióval.

Szili Jenő: Az eset Herczel tanár rókusai osztályáról való. Nem annyira a műtét technikai nehézségei, hanem inkább az eset diagnostikai érdekessége teszi bemutatásra érdemessé.

A 23 éves asszony 1909 novemberében szület; utána 14 hétig feküdt lázas gyermekágyban, mely idő alatt jobb alhasában kemény és érzékeny daganat fejlődött. Ez később lassacskán megkisebbedett, de hasa 1910 júniustól újból növekedni látszik, fájdalmak néha jelentkeznek, de csak mérsékeltten, itt-ott lázat is érez. Havi baja szülése előtt négyhetenkint, azóta pár ízben jelentkezett, de nem pontos terminusra. Székelés, vizelés rendben. A kissé gracilis nőbeteg mérsékeltten táplált, mellkasi szervei épek. A has jobb fele a túlsó oldalánál erősebben domborodik előre, s ennek megfelelőleg a mesogastriumban egy hosszúkas, tojásdad alakú, rugalmas és simafalú képlet van, melynek tengelye ferdén halad kívülről-felülre le- és medián felé. Ez a képlet mérsékeltten mozgatható, a lumbális tájra áthallotál. Alsó polusán körülbelül gyermekkökönyi keményebb és eléggé érzékeny göb van, mely helyzetre a vakbél tájának felel meg. Genitális vizsgálatkor a normális nagyságú méh kissé jobbfelé dislokált és elevált helyzete tűnik fel, jobb sarka táján már a fent jelzett keményebb tumor fekszik; a hüvelyboltozat szabad. A hólyag és a vesék vizsgálata, valamint a Röntgen-lelet negatív.

Eleinte hydronephrosisra kellett gondolni, de a vérévizsgálat ellene szólt. Észlelés közben intermittáló lázak jelentkeztek, s egy napon a rugalmas tumor hirtelen eltűnt, a mit a vizelet erős felszaporodása kísért; a vakbél táján fekvő kisökönyi göb ellenben megmaradt, sőt növekedni látszott. Valószínűségi diagnózis: vagy adnex-, vagy coecumtumor, mindenek szerint lobos eredettel (tuberculosis?).

Műtét alkalmával (szeptember 1.) a hasúrban több helyen vékony hártókkal eltokolt savógyülem (ilyen volt úgy látszik a jobb lumbális tájról eltűnt rugalmas tumor is), igen kiterjedt cseplesz- és béladhaesiók alá rejtve a kisökönyi jobboldali adnexumok, melyek genyes tartalmúaknak látszanak, alattuk az erősen infiltrált falú coecum, környezetéhez és az adnextumorhoz erősen fixálva; a lig. lat. lemezén néhány kölesnyi, tuberculumnak látszó képlet. A méh erős fixatiója folytán a műtét csak a méh feláldozásával volt kivihető, úgy hogy a bal, épnek látszó ovarium meghagyásával az uterus, a jobboldali adnextumor és a coecum ebben a sorrendben felpraeparálva illetőleg kiásva egy egészben vététt ki. Ileo-colostomia side-to-side. A histologiai vizsgálat alkalmával a coecumban és a diónyi tályogot rejtő ovariumban tuberculosisra valló elváltozások találtak. A beteg simán gyógyult.

Kubinyi Pál: A bemutatott eset bizonyítja, hogy az adnextuberculosis legtöbbször secundaer. Ebben az esetben a bél felől terjedt rá. Az uterus sokszor egészséges marad. Ezért a szülő fiatal nőknél, ha az ovarium is megtartható, conservative jár el. Egy év előtt operálta adnextuberculosis két esetét, a hol így járt el; ezeket jó egészségben, meghízva, rendes menstruatióval, szabad medenczével mutatja.

Kryptogenesises sepsis gyógyult esete.

Picker Rezső: 28 éves férfibeteg, ki 1909 októberéig teljesen egészséges volt, a mikor állítólag meghűlés következtében bal térdében csúzt kapott. Daczára a 3 heti palicsi kezelésnek, rövid egymásutánban heves fájdalmak közben megdagadt a két bokaizület, mindkét térdizület, a bal esukló- és bal vállizület. A gerincoszlop is végig érzékeny volt, úgy hogy a beteg mozdulat-

lanul volt kénytelen ágyban feküdni. A hatástalan salicylszedés után kénesökenőkúrában (30 bedörzsölés), tuberkulin-oltásban, majd jódkáli-adagolásban (10 : 300 gm.) részesült.

Minderre csak márcziusban javult az állapota annyira, hogy két mankón bicegett, majd artézi fürdöket használván, egy bot segítségével tudott járni.

Június elején, mikor már tűrhetően járt egy bottal, közöslés után 5 nappal igen gyenge húgycsőfolyást érzett, mely 3 nap alatt magától mult el. Coitus után 12 nappal újra megdagadt mindkét térd és boka, továbbá a jobb csukló; ez alkalommal se használt a 4 heti aspirinszedés, mire 1910 július közepén engem hívnak a lefogyott, fakószínű beteghez. A jobb és bal térd, a bal boka, mindkét kézfej duzzadt, erősen fájdalmas, térszövetek bőrral fedett. Fájdalmi vannak a gerincoszlop mentén is, valamint csipőjében.

A torokban és szájbán semmi lobos elváltozás. A nyakmirigyek alig tapinthatók. Recidiváló tonsillitist, typhust, epehólyagbántalmat, appendicitist negál. A fertőzés bemeneti kapujára első sorban a vizelet utal, mert a kihalászott czafatok mikroszkop alatt genyesejtek és elvéve egy-egy Gram-negatív diplococcusot mutatnak, ez utóbbiakról csak nyolczadnap derül ki biztosan, hogy gonococcusok. Két serumos agart tartalmazó csőben kaptam tiszta tenyészetet, az egyikben nagy, a másikban igen csekély számú telep fejlődött.

A rectális vizsgálat alkalmával az adnexek állapota azonnal egy régen fennálló folyamat mellett szólt: a prostata, de főképp a baloldali ondóhólyag erősen duzzadt, mélyen beoltosul a véghébe, melynek nyálkahártyája duzzadt ráncokban takarja a szerveket.

A kezelés e beteg gócznak massage-ából állott; öblítésre mindenféle antiseptikus szer mellőzéseivel csak vizet használtam; az izületekre alkoholfára-borogatások fölé helyezett rugalmas pólyával való nyomókötést alkalmaztam és a beteggel azonnal megkezdtem a járási gyakorlatokat. Az eredmény abban mutatkozott, hogy a beteg 8 nap múlva már járt két botra támaszkodva, 3 hét múlva már ezekre sem volt szüksége.

A kezelés 33. hetében az elmaradt gonococcusok helyébe egy tokos diplococcus lépett, mely a tenyésztés szerint Gram-negatív, a bouillont zavarossá teszi, a gelatinát harmadnap folyósítja, a Drigalski-agart megvörösíti, a szőlőcukort nem bontja, burgonyán sárgás bűzös lepedéket hoz létre és a tejet nyolczadnap alvasztja meg.

A kezelés folyamán a megbetegedett izületek duzzanata és fájdalmassága, a térdizület ömlenyei, a metacarpus második bázisa és a hozzátartozó kéztőcsontok feletti beszűrődések visszafejlődtek és eltűntek. A massagekezelés közben ugyan támadt néha egy-egy enyhe újabb, jellegző metastasis, mely azonban rövid idő alatt hevesebb symptomák okozása nélkül el is mult, így pl. hat napig állott fenn a jobb kéz harmadik ujja mély hajlítójának inhiuvelygyuladása.

A beteg október 7.-e óta metastasistól mentes, teljesen jól van, a vizeletben levő és massage-ra ürülő czafatokban még jelen van a diplobacillus.

Ha egybevetem az adnexek súlyos idült elváltozásait az azt, hogy az első rheumás betegség gyógyszerrel szemben refractaer volt, hogy a második rheumás megbetegedést sporadikus és önként mult tünetekkel járó enyhe húgyszervi bántalom előzte meg, továbbá, hogy a gonococcusok eltűnte után saprophyta mutatkozott nagy számban, akkor azon végkövetkeztetésre jutok, hogy az első rheumás megbetegedést is egy klinice teljesen lappangott húgyszervi infectio okozta, mely klinikai tünet (folyás, hólyaghurut, mellékheregyulladás stb.) nélkül fészkelte be magát az adnexekbe s onnan került bele a vérkeringés útján a szervezetbe. Nem gonorrhoeás infectiók esetén már többször láttam erre példát, míg a gonorrhoeára vonatkozólag ez az esetem volt az első.

Légycsipés útján keletkezett extragenitális infectio.

Spatz Elek: G. M., méneskari szakaszvezető október hó 13.-án a bal arczfélén támadt daganata miatt műtét céljából Szatmárnémetiből kórházunkba lett küldve.

Az infiltratum korona nagyságú, felhányt szélű, porczkemény duzzanat; a táji nyakmirigyek s a papulo-pustolosus exanthema kétségtelenné tették, hogy typusos primaer sclerosissal és secundaer tünetekkel van dolgunk.

A beteg előadja, hogy augusztus hó 15.-én a bal arczfélén erős csipő fájdalmat érzett, és sikerült is egy nagy legyet szét nyomnia; már akkor feltűnt neki a légy rendkívül dús vértartalma s nagysága.

Ezen csipés helyén 4—5 nap múlva kis göbyszerű beszűrődést vett észre, mely mindinkább nagybodott, míg végre a táji mirigyek beszűrődése s az ezzel járó kellemetlenségek készítették, hogy orvosi tanácsot vegyen igénybe.

A beteg állítása szerint sem a csipés előtt 2 héttel, sem pedig azután nemileg nem érintkezett. Genitális infectiónak nyoma nincs.

Az október hó 14.-én Ehrlich-Hata 0.5 gm.-os készítménnyel injiciált betegen az összes tünetek visszafejlődésben vannak. Sikerült annyit megtudnom, hogy a vele egy irodában dolgozó másik altiszt folytonos torokfájdalomban szenved. Ezen altiszt megbetegedésének kiderítésére a lépéseket megtettük.

Míthogy a spirillum-infectiók tana ilyenmő fertőzést ki nem zár s az extragenitális fertőzés ilyen lehetősége még sehol felemlítve nincs, batorkodtam az esetet az orvosegyesületben bemutatni, annál is inkább, mert társadalmi tekintetben az infectio ily módon való lehetősége óvintézkedéseinkben nagy szerepet fog játszani.

Ureterocystostomia gyógyult esete.

Kubinyi Pál: 53 éves nő. 1/2 év óta fennálló rendetlen vérzések, folyás és fájdalom miatt véteti fel magát a poliklinika kórházába. Kifehélyesedett méhnyakrák, mindkét, de főleg a bal parametrium keményebb, azonban a méh még mozgatható. Műtét előtt oly erős vesekőlikát észlelnek, hogy morphiuminjectiót kell nyújtani. Már ez is gyaníttatja, hogy a bal ureter be van ágyazva. Nehéz Wertheim-műtét. A jobb uretert még ki lehetett szahadítani a rákból és épnek bizonyult, de a balt, melynek centrális része ujjnyi vastagságra volt kitágulva s alagút módjára futott keresztül a rákon, reszekálni kellett, mert maga is rákos volt. Sampson-Krönig szerint végezte a hólyagba való implantatiót, még pedig intraperitonealisan. A beteg, leszámítva egy, a 12. napon, a felkelés után jelentkezett enyhe pyelitis attackeot, mely 3 napi lázat okozott s valószínűleg katheterezési cystitisből származott, simán gyógyult. Jelenleg, 1 hóval a műtét után, igen jó állapotban van.

Bemutatja a cystoskopos képet is.

Ez a második ureterresectio-esete. Az első, a mely szintén meggyógyult, áprilisban mutatta be a gynaeologiai szakosztályban.

Balás Dezső: Az emberi lépfene orvoslásához 64 eset alapján. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

Havas Adolf: Hozzájárul az előadó által mondottakhoz. Azóta hat eset fordult elő, melyek közül öt Detre-féle serummal kezeltetett és meggyógyult, a hatodik meghalt, mielőtt serumot kaphatott volna. Egy esetben 18 pustula volt, az illető bonczoláskor fertőzte magát. A Detre-féle serum hatása igen praecis.

A befeccskendezés után 1—2 órával mámoros állapot jelentkezik, szédülés, a láz 39.8—40-re száll fel, de 4—5 óra múlva a defervescencia beáll, a beteg jól érzi magát, az oedema lelohad és a cyanosissal szín normálissá lesz.

10—20—25 cm³ alkalmazandó intravenosusan, de egy esetében, mely augusztus 15.-én vétetett fel, nagyon kövér volt az egyén és lehetetlen volt vénát észrevenni, ezért hypodermálisan adták, és 85 cm³-t használtak el eredmény nélkül, az állapota súlyosbodott, sebészti hívtak hozzá a segédorvosok, ki egy kis vénát talált és ebbe nehezen sikerült 25 cm³-t befeccskendezni, mire a láz leesett, az oedema eltűnt és az illető augusztus 28.-án gyógyultan hagyta el a kórházat. A serum tehát minden esetben alkalmazandó és alkalmazható ártalom nélkül; sokat bír el a beteg, de a serum subcutan nem hat.

A bőrlépfene-esetek kedvezőbbek, de a légzési és belfertőzések is gyógyulnak kivételesen.

Detre László: Szintén fontosnak tartja az intravenás kezelést, a serum subcutan csakugyan nehezen szívódik fel. A serum erősségét is intravenosus úton állapítják meg.

PÁLYÁZATOK.

8407/1910. fh. sz.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár igazgatósága a következő kerületi kezelőorvosi állásokra hirdet pályázatot:

1. A székesfőváros VIII. kerületében (a Nagyfüvaros, Népszínház-utca, Mátyás-tér és Szerdahely-utca közötti területen) évi 2200 korona alapfizetéssel és évi 600 korona működési pótlékkal.

2. Kispeszt-Szentlőrincen, a lajosmizsei vasúttól a vécési határig, illetve az Üllői-úttól Soroksár-Péteriig terjedő területen évi 1100 korona alapfizetéssel, 400 korona évi működési pótlékkal és évi 500 korona fuvarátalánnyal.

3. Gyömrőn évi 1000 korona alapfizetéssel és évi 600 korona működési pótlékkal.

4. Nagykövácson évi 500 korona alapfizetéssel és 100 korona évi működési pótlékkal.

A megállapított fizetésen kívül az évenként fennmaradó feleslegről nyer utólagosan kielégítést az esetleg felmerülő munkatöbblet.

A fenti állásokra a pályázati kérvények az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványokkal és oklevélmasolatokkal felszerelve **1. évi november hó 30.-áig** adandók be a fenti pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36.) címelve, a hol hétköznaponként d. e. 11–12 óra között az állásokra vonatkozólag bővebb felvilágosítás nyerhető.

Az alkalmazott orvosok kötelesek a számukra kijelölt helyen lakni s állásukat az alkalmaztatásukat kimondó igazgatósági határozattal számított 14 napon belül elfoglalni.

Budapest, 1910. évi október hó 24.-én.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

241/1910. ig. sz.

Békés vármegye közpénztárában belgyógyászati osztályán egy **alorvosi** és egy **segédorvosi állásra**, valamint az elmebeteg-osztályon egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: a belgyógyászati osztály alorvosi állásánál évi 1400 korona, a belgyógyászati osztály segédorvosi állásánál évi 1200 korona, az elmebeteg-osztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona közpénzfizetés és mindegyik állásnál első osztályú élelmezés, lakás, fűtés világítással.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamódványukat Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám **1. évi november hó 10.-éig** küldjék be.

Gyula, 1910. évi október hó 22.-én.

2-2

Békés vármegye közpénztárában igazgatója.

4966/1910. sz.

Kölozs vármegye bánffyhungyadi járásában Bánffyhungyad székhelyvel alakított és 16 községet magában foglaló közegészségügyi körben a **körorvosi állás** elhalálózás folytán üresedésbe jövén, ezen állásra pályázatot nyitok.

Az állás javadalma évi 1600 korona törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben meghatározott mellékjuttatások, melyek jelenleg felsőbb hatósági megállapítás alatt állanak.

Felhívom mindazon hazai orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmazásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványukat hozzám **1. évi november hó 30.-áig** adják be. A választás hatánapját később fogom kitűzni.

Együttal felkérem mindazokat az orvostudor és szigorlóorvos urakat, a kik a cholerajárvány kitérőse esetén Kölozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, szíveskedjenek ezen szándékukat az igényelt fizetés megjelölésével és pontos lakcímükkel együtt a vármegye alispánjához bejelenteni. Bánffyhungyad, 1910. évi november hó 1.-én.

2-1

Kertész Samu, főszolgabíró.

1640/1910. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria”-közpénztárban üresedésbe jövő és havi előleges részletekben fizetendő 1200 azaz egyezerkettszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú élelmezéssel javadalmazott **körházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő orvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot az első segély esetét kivéve nem folytathat és állását csakis két havi felmondásidő eltelté után hagyhatja el.

Nős orvos kérvénye figyelembe nem jöhet.

A kinevezett orvos tartozik állását 1. évi december hó 1.-én elfoglalni.

Felhívom ennél fogva mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényeiket legkésőbb **1. évi november hó 19.** (tizenkilencedik) napjának déli 12 órájáig Szabadka sz. kir. város főispánja Purgly Sándor dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda-épület) annál is inkább nyújtassák be, mert a később érkező pályázati kérvények figyelembevételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. részében minősített pályázó nem jelentkeznék, az egyévi gyakorlatra utasított, esetleg szigorlóorvosoknak a fenti határidőig benyújtott kérvényei szintén figyelembe fognak vétetni.

Szabadka, 1910. évi október hó 19.-én.

3-2

Bíró Károly dr., polgármester.

5678/1910. kig. sz.

Csik vármegye felsőszolgabírói járáshoz tartozó **karczfalvi körorvosi állás** lemondás következtében megüresedvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetnek, s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényüket **1. évi november hó 15.-éig** hozzám adják be annál is inkább, mert a később beérkezett folyamódványokat tekintetbe nem veszem.

Ezen körorvosi állással az alább részletezett javadalmazás van összekötve:

1. 2000 korona törzsfizetés.
2. 1000 korona fuvarátalány.
3. Vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.
4. Természetbeni lakás.
5. Halottkémleli díj 54 korona.

Megjegyzem, hogy a volt körorvos a Munkásbiztosító pénztártól évi 500 korona s a Balánbányai rézművek részvénytársaság Törsládájától évi 2100 korona fizetést élvezett.

A közegészségügyi körhöz Csikszentdomokos, Csikszenttamás, Csikjenőfalva, Karczfalva, Csikdálfalva és Csikmadaras községek tartoznak, melyek állami út mellett 10 kilométer hosszban fekszenek, a melyeket a körorvos hetenkint egyszer tartozik beutazni.

A választást Karczfalva községénél folyó évi november hó 19.-én déli 11 órakor fogom megtartani.

Csikszereda, 1910. évi október hó 19.-én.

3-2

Bece Imre, főszolgabíró.

HIRDETESEK.

Pályázat segédorvosi állásra.

Abbaziai sanatoriumom részére egy a belgyógyászatban kellő jártassággal bíró **segédorvost** keresek. Legalább egy évi, valamely belgyógyászati klinikán vagy budapesti közpénztár belgyógyászati osztályán töltött gyakorlat kimutatandó. Német nyelvben való tökéletes jártasság feltétel, francia nyelv ismerete kívánatos. Fizetés megegyezés szerint. Az állás azonnal elfoglalható.

Rövid curriculum vitae-vel ellátott ajánlatok mielőbbi szíves be- küldését kérem.

Dr. Mahler Gyula.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczy Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

Extractum

= Chinae =

NANNING

Javalatok:

Vérszegények étvágytalansága.
Görvélkórosok és tüdőbajosok étvágytalansága.
Heveny és idült gyomorbajok.
Láz és seblázás betegségek.

Ideges gyomorhurut.
Gyomoratonia.
Alkoholikusok.
Hyperemesis gravidarum.
Icterus-bántalmak.
Hg.- és Jodkali-dyspepsia.

Megbízható!

Bevált!

Olcsó!

Magán-, betegpénztári és szegénygyakorlat részére:

Dr. H. Nanning, China-művek, Den Haag, Hollandia.

Dr. Pajor új sanatoriuma

Budapest, VIII., Vas-u. 17. 7818

Belgyógyászati, diätetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

Röntgen-laboratorium.

Bennlakó és bejáró betegek részére:

külön női és férfi vizgyógyászati osztály.

Pneumatikus kamarák, inhalatorium.

Oxygen-, szénsavas-, villanyos fény- és kádfürdők.

Pöstyéni iszapkúra.

A pöstyéni iszap budapesti főlerakata.

RÉPÁTIVIZ

Biztos sikerű gyógyszer mindennemű hurutos bántalmaknál, felette kellemes üdítő gyógyvíz! Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli r.-t.-nál, Budapest, Telefon 162-84. 9136

LIQUOR ALSOLI 50%

méregtelen, hatásos antiseptikum és adstringens, mely pótolja az ecetsavas alumíniumot, chlorsavas kaliumot, sublimátot. Általános alkalmazásra talál a gynaekologiai, sebészeti és laryngologiai gyakorlatban.

Mérésre szolgáló skálával ellátott üvegek ára 1 korona 20 fillér.

ALSOL-CRÈME.

ALSOL-HINTÓPOR.

Irodalmat és mintát küldenek a gyárosok:

ATHENSTAEDT & REDEKER, Hemelingen bei Bremen.

Kapható a gyógyszerárakban vagy a magyarországi főraktárban:

Dr. ROSENBERG SÁNDOR gyógyszerész, Budapest.

„Csillag” gyógyszerár, VIII., Rákóczi-út 39 (József-körút sarok).

Készítményeink állandó kiállítása: Berlin, NW, Luisenplatz 2-4, Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen.

Bordighera-Riviera.



Szálloda és gyógyház
Cap Rameglio

Legmodernebb új épület. Csendes, felülmúlhatatlan fekvésben. Egészséges és üdülők otthona.

Hydro-elektrotherapia stb.

Tiszta egyéni diätetika.

Orvosok a házban.

Prospektusok és broszurák
9939 kívánatra.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tablettát üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban. 4437



ÓVJÁK LÁBUKAT!

Mindenféle állapotok, különösen kellemetlen izzadás és talpégés eltűnik a Dr. HÖGYES-féle IMPREGNÁLT ASBESTTALP viselése által. — Páronként I. K 2., II. K 1., — Legjobb és legbiztosabb segítség a lábak részére a Dr. Hőgyes-féle impregnált asbestbetéttalp aczélesuklóval. Páronként K 4. — Az aczélesuklóra egy impregnált Dr. Hőgyes-féle talp van feszítve, hogy a láb kellemesen és biztosan nyugodjon. A járás ruganyos és a járásnál való kitartás nagyobb lesz. Lúdtalpúaknak nélkülözhetetlen. Szétküldés utánvét mellett. Wien, L. Dominikanerbastei Nr. 21.



Erőt és Étvágyat Vial ad tonicus Bora

Hus. méz-lactophosphatból
ellőállítva.
L. & H. VIAL & UHLMANN, FRANKFURT A. M.

Jódkúráknál

Arsojodint,

brómkúráknál

Arsobromint

alkalmazhatunk a legnagyobb eredménnyel.

9618

„Walther“-féle

Elixir Condurango peptonat.

„Immermann“-

Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorbántalomban, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű, különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik időtűl bajban szenvednek.” 8630

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételt utánözva lesznek, igen kérjük ezeket Eredeti Walther alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbatüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinzelgstr. 12

Nagybani raktár Magyarország részére Török József gyógyszerészénél Budapesten.

San-Remo Dr. Curt Stern's Villa Quisisana

Legnagyobb kényelem. — Központi fűtés. — Fekvőcsarnokok. — Nagy park. — Két orvos. — Prospektus. 89

Praevalidin Név védve

Dr. med. Walther Koch, Freiburg i. Br. szerint

kedvező eredmények tuberkulosis,
bronchitis, emphysema, anaemia,
influenza és kachexiáknál.

Woll-Wäscherei und Kammerei

Döhren bei Hannover.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:

Phillip Röder, Wien, III/2.

4600

Csak gyógyszerárakban kapható.

teszem a legnagyobb szolgálatot magának az ügynek; de tartozom vele a zseniális feltalálónak is, mert az ő szere nem szorul arra, hogy olyat is ráfogjanak, a mit teljesíteni nem tud, és ezzel lassanként discreditalják az egészet.

Ha én is csak a gombamódra szaporodó tudományos cikkek számát akartam volna szaporítani, ha csak arról óhajtottam volna beszámolni, hogy az Ehrlich-szer kiváló, az eddigi szereket úgy a hatás intenzitására, mint gyorsaságára nézve a legtöbbször messze felülmúló szere a syphilisnek, a mely sokszor mesés gyorsasággal tünteti el a papulákat és gyakran a késői tüneteket is: akkor már régen a nyilvánosság elé jöhettek volna, hisz ezeket én ezelőtt 3 hónappal körülbelül ugyanebben az alakban már elmondottam önök előtt; de ezeket ma már minden laikus is tudja, annyit foglalkoznak nemcsak az orvosi, hanem a napilapok is a híres 606-tal.

A kérdés azonban egészen más körül forog. Az a kérdés, hogy a zseniális német kutató új szere, a melylyel megajándékozott bennünket, csakugyan olyan-e — mint azt nagyon is korán hirdették némelyek, a mi azután, és ezt nem lehet eléggé sajnálni, mert ez legtöbbet ártott az ügynek, a napilapokba is átment és az egész művelt és félművelt világ laikus közönségét forrongásba hozta —, a mely valóban egy csapással meggyógyítja azt a rettegett nyavalyát, a melynek emlegetése a laikus közönség körében is egyszerre szalonképes lett, a syphilist; hogy valóra váltható-e a *sterilisatio magna* a syphilisben is ezzel az új szerrel, mint ezt a nagy német kutató magának annyi esztendő fáradságos munkája után megálmodta?

Talán kissé merésznek tünik fel, hogy én nem egészen 4 hónapi, igaz hogy szorgalmas kísérletezés és észlelés után, a melyben klinikám egész orvosi személyzete tevékeny részt vett, és a melynek folyamán körülbelül 300 beteget figyelhettem meg (a kinek egy részét, mint nagyon is a legközelebbi időbe esőket, természetesen nem értékesíthettem), ehhez a fontos kérdéshez érdemlegesen akarok hozzászólni.

Am a dolog úgy áll, hogy ha azt a kérdést, vajjon a 606 véglegesen gyógyítja-e a syphilist, hogy sikerül-e egyetlen befecskendezéssel az összes csírákat elpusztítani, *igenlő* értelemben nem is lehet még eldönteni, mert hisz ehhez a dolog természetéből kifolyólag évek megfigyelése és tapasztalása volna szükséges; ám *tagadó* értelemben, hogy tudniillik a szer — legalább úgy, a hogy azt ma alkalmazzuk — nem gyógyítja meg egy csapásra véglegesen a syphilist, igenis már rövid idő alatt el lehet dönteni, és úgy vélem, hogy ehhez az időhöz már el is érkeztünk, és ehhez a fontos kérdéshez hozzászólni nemcsak jogom, hanem kötelességem is.

Megvallom, hogy ha egyes szerzők munkáiban azt, és ismét csak azt olvassuk, hogy a szer végleges hatásáról ítéletet mondani még korai, mert hisz ehhez hosszú évek megfigyelése szükséges, hát ebben azt a tendenciát kell megpillantanom, hogy ilyen módon igyekeznek kitérni az egyenes válasz elől, annál is inkább, mert ugyanakkor majdnem mindegyik beszámol a balsikerekről, a melyeket azonban mindenféle más okokra, az adag elégtelenségére, az alkalmazás módjaira stb. vezetnek vissza, a helyett, hogy ki mernék mondani, hogy bizony a *sterilisatio magna* olyan betegségben mint a syphilis, ha a lehetősége bizonyos igen kedvező esetekben nincs is kizárva, a legtöbb esetben egyelőre mégsem sikerül és talán még sokáig nem fog sikerülni.

Mert ha már az eddigiekből is leszűrt tényként kell regisztrálni — és ehhez a magam részéről a legteljesebb mértékben hozzájárulok —, hogy Ehrlich lángelméje hatalmas szerrel gazdagította a syphilis elleni gyógykezéseinket, a melynek specifikus hatása nemcsak kétségbenvonhatatlan, hanem a legtöbb esetben az eddigi souverain szernek, a kénesőnek a hatását is sokszorosan felülmúlja; a mely sokszor rövid napok alatt végzi azt a gyógyító munkát, a melyet eddigi gyógykezelésünkkel csak hetek vagy hónapok alatt tudtunk elérni; és a melynek értékét csak emeli az, hogy ott is használ, és sokszor éppen ott használ a legfeltűnőbbben, a hol eddig szereink cserben hagytak, a syphilis praecox és maligna különböző alakjaiban; addig másrészt ama körülmény, hogy a 606 egyszeri befecskendezése, legalább úgy, a hogy azt eddig alkalmazzuk, mint ez az eddigi észleletekből szintén már mint leszűrt eredmény állítható, az esetek legnagyobb számában nem okoz végleges gyógyulást, csak azoknak okozhat

csalódást, a kik mindjárt az első hírekre nagyon is vérmes reményekkel és semmiképpen sem megokolt optimizmussal voltak eltelve a szernek végleges hatása iránt, a mit csak részben magyarázhat meg az a sokszor valóban csodásnak tetsző gyógyeredmény, a mely a 606 közvetlen hatásaként mutatkozik; azok előtt ellenben, a kik kevesebb optimizmussal, de annál józanabb kritikával nézték a dolgokat, már kezdettől fogva nem volt valószínű, hogy az a magasztos cél, a mely Ehrlich szemei előtt lebegett, az úgynevezett *sterilisatio magna* a syphilisben is olyan könnyű szerrel lesz megvalósítható, mint a febris recurrensben.

Ugyanis ha az állatkísérletek eredményei egyáltalában csak megszorítással alkalmazhatók az emberre, úgy különösen áll ez a syphilisre nézve. Hisz az állatokon kísérleti úton létrehozott syphilis, bármily nagy haladást jelent is a syphilisbúvárlat terén, mégis csak — ki merné tagadni — jelentékenyen különbözik az emberi syphilistől. Tudvalevőleg állatokon, még anthropoid majmokon is, a syphilis nem szokott generalizálódni, hanem csak az elsődleges affectióra, a tájmirigyekre és legfeljebb pár ephemer, inkább csak a sclerosis közelében levő regionális jellegű, az emberi syphilis papuláinak megfelelő kivirágzásokra szorítkozik; emberen pedig, ha az átoltás után bizonyos idő eltelt, majdnem lehetetlen megakadályozni a betegség általánossá válását; az állati szervezet tehát a spirochaetákkal szemben mégis csak egész másként viselkedik, mint az emberi. Ugyebár egészen természetes, hogy az ott nyert gyógykísérleti eredmények csak igen nagy megszorítással alkalmazhatók az emberre.

Persze, ha csak a különböző irodalmi közlések után indulunk, azt kellene hinnünk, hogy a nagy problema csakugyan végképpen meg van oldva, mert azt lehet mondani, hogy valóságos versengés indult meg a nagy és kis szerzők között, hogy ki ért el jobb eredményeket; csak hogy ezek az eredmények néha nagyon is problémásak.

* * *

Beszámolómban azonban lehetőleg rövid akarok lenni. Nem fogom önöket, t. kartárs urak, hosszas számadatok felsorolásával untatni; érdekesebb eseteket sem fogok külön említeni, a melyek a szernek közvetlen hatását élénken tudnák illusztrálni; hiszen a casuistikával úgyis torkig vagyunk már. Nehány általánosabb érdekű, a szer veszélytelenségére, alkalmazásának módjára és adagolására, a befecskendezések ismétlésére vonatkozó megjegyzésen kívül beszámolómban különösen a körül a pont körül fog forogni — már tudniillik a mennyiben erre a fontos kérdésre már most lehet válaszolni —, hogy milyen a szernek az *állandó* hatása, és mit lehet tőle a jövőben várni, támaszkodva nagyszámú beteg gondos klinikai észlelésére és a hosszabb időn keresztül rendszeresen végzett Wassermann-vizsgálatokra.

Azzal kezdem, hogy Ehrlich szere, feltéve, hogy az esetek megválogatásában és a szer adagolásában a kellő gondossággal járunk el, a szervezetre semmi kártékony hatással sem bír; egyáltalában nem veszélyesebb, mint más differens ható gyógyszer, első sorban éppen maga a kéneső.

Mi legalább a több száz oltott eset közül egyetlen egyben sem találtunk súlyosabb természetű mérgezési tüneteket. Megtörtént egyik-másik esetben, hogy az injectio után közvetlenül, ha — úgy látszik — a szer gyorsabban szívódott fel, kífokú el-esettség, gyomorfájdalom, gyengébb érzékenység volt észlelhető, ezek a tünetek azonban csakhamar elmúltak. Egyetlen esetem van, a hol az injectio után 14 nappal halálos kimenetel állott be, a melyet — talán kífokú elfogultság mellett — bizonyos összefüggésbe lehetne hozni a szer alkalmazásával. Az illető 42 éves, különben erős férfibeteg volt, a ki már 3 év óta paralysisben, még pedig az utolsó időben annak meglehetősen előrehaladt állapotában szenvedett és a kit igazán jobb meggyőződés ellenére tisztán csak a családtagok unszolására oltottam be Purjesz tanár klinikáján. Ez még az Ehrlich-láz legelején volt, a mikor a laikusok azt olvashatták az ujságokból, hogy a 606 a paralysist az sikeresen gyógyítja. Az illető az oltás után kitűnően érezte magát 10 napig, sőt környezetének állítása szerint „feltűnően javult is állapota”. A 10. napon egyszerre dühöngeni kezd. Lechner tanár klinikájára hozzák be, a hol már előbb is hosszabb időt töltött; negyednapra az intézetbe hozatala után tipusos paralytikus insulzus alatt

hirtelen meghal. Arsen-mérgezésnek azonban az életben absolute semmi tünete sem volt; bonczolat — sajnos — a család ellenzése következtében nem végeztetett. Megjegyzem, hogy az illetőn azelőtt többször jelentkezett már paralyticus insultus. Hogy az aránylag igen kis adag (0.3) arsenobenzol mennyire segítette elő az insulust, nem lehet eldönteni.

A látóidegre sohasem tapasztaltunk kellemetlen hatást. Imre tanár, a ki a betegek szemtükri vizsgálatát kezelés előtt és után végezni vagy klinikáján végeztetni szíves, megerősíti ezt; sőt ő még tovább megy és azt mondja, hogy a betegek szemtükri vizsgálata, legalább a legtöbb esetben, meglehetősen felesleges. Ő még kezdődő látóideg-sorvadás eseteiben sem tartja az injectiót ellenjavalltnak, feltéve, hogy annak okául syphilis vehető fel.

A vesék kifogástalan működésére nagy gondot fordítunk az injectio előtt, bár kisfokú albuminuria, különösen ha felvehető, hogy összefüggésben van a syphilissel, egyáltalában nem ellenjavallja az Ehrlich-szer alkalmazását. Kifejezett nephritis eseteiben ellenben csak akkor végeztük az injectiót, ha annak syphilitikus természetét meglehetősen biztossággal volt felvehető. Pár esetben az injectio után mi is láttunk kisfokú albuminuriát megjelenni, a mely azonban rendesen már rövid idő alatt teljesen eltűnt.

A mi a szer alkalmazásának módját, a technikáját illeti, egészen nyíltan bevallom, hogy egyik sem tökéletes.

Már maga az a körülmény, hogy majdnem mindegyik szerző új külön módszert, vagy legalább is valamely meglevő régi eljárás módosítását ajánlja, mutatja, hogy itt bizony még sok a kívánni való.

Alt natronlúgban oldja a szert és most is megmarad e mellett; ez volt az első módszer, mi is alkalmaztuk; lehet, hogy hatása erősebb mint a suspensióé, azonban oly erős fájdalmakkal jár, a melyek általános elterjedésének útjában állanak.

Iversen volt az első, a ki a gyűjtőérbe való fecskendést alkalmazta és ajánlotta. Eltekintve azonban a technikai nehézségektől, teoriás okok is szólnak némiképpen ellene, és valóban egy időben maga Ehrlich sem ajánlotta azt. A syphilis ugyanis nem olyan „vérbetegség“, mint például a recurrens, a hol a spirillumok csakis a vérben vannak; a syphilisben — mint tudjuk — a spirochaeták csak igen ritkán és kis számmal vannak a vérben ellenben el vannak árasztva velük a szövetek; ha a gyűjtőérbe alkalmazzuk a szert, az nagyon gyorsan távozik és a vérben lefelle higitott állapotban keringő szernek nincs ideje, hogy a spirochaetákra azt a hatást fejtse ki, a melyet parasitotrop voltánál fogva különben kifejtene, ha hosszabb ideig maradhatna velük érintkezésben, hogy tudniillik a nagy higitás ellenére is megölne őket; és valóban a csak gyűjtőeres fecskendésekkel elért nem kielégítő eredmények bírták rá azokat a szerzőket, a kik azt alkalmazták, hogy legújabbán először intravenosus, azután pedig 2 nap múlva intramuscularis fecskendezést is alkalmaznak.

Eltekintve a fenti — nézetem szerint jogos — aggályoktól, a gyűjtőérbe való fecskendezés semmiképpen sem közömbös beavatkozás, a mely a műtőből nagy óvatosságot igényel, különben könnyen járhat rossz következményekkel; hisz körülbelül 200—250 grammnyi (ennyire kell felhigítani a szert) meglehetősen differens anyagnak a véráramba való juttatásáról van szó. Már pedig nekünk kötelességünk a szert a gyakorló orvosok közkincsévé tenni és mindenki által könnyen kivihető eljárást ajánlani; ki merné állítani, hogy a gyűjtőérbe való fecskendezés ezek közé tartozik?

A Wechselmann által ajánlott neutrális suspensio, a melyet egy időben majdnem mindenki alkalmazott, szintén korántsem bizonyult oly jónak, mint azt kezdetben hitték; intramuscularis alkalmazás mellett az izomszövetben nagy szövetnekroszist okoz és a königsbergi vándorgyűlésen Orth tanár már kórbonczolástani készítményeket is mutatott be ilyen gluteusokból; e mellett azonban majdnem kikerülhetlen a meglehetősen nagyfokú és igen fájdalmas, e mellett hetekig tartó infiltratumok keletkezése. Ha pedig a bőr alatti kötőszövetbe fecskendezzük a szert, a scapula alsó része és a gerincoszlop közt, rendesen akkor sem marad el az igen kellemetlen és nagy kiterjedésű, néha hónapokig fennálló infiltratum. Ezek az infiltratumok sajátságosképpen sokszor elpuhulnak, tetejükön a bőr livid színű lesz, fluctuatiót mutat; az ember azt hinné, hogy elgenyednek; ez azonban nem szokott beállani; mint ezt Orth tanár is demonstrálta, genyedésről sem igen lehet szó,

csak a szövetek nekrosisáról. Ha az izomba fecskendezzük a szert a gluteális tájon, még más kellemetlenség is fordulhat elő; bármily magasan szúrunk is be, a gluteális táj felső külső negyedében, a szer az izomrostok közt — úgy látszik — gyorsan sülyed és gyakran mélyen lefelé húzódó beszűrődések keletkeznek, a melyek az ischiadicus közelsége folytán igen kellemetlen neuralgiás fájdalmakat, ischiasszerű tüneteket válthatnak ki.

Ezért én újabban nem az izomba, hanem a bőr alá adom a fecskendezéseket, még pedig nem a hátbőr alá, hanem a gluteális tájon, annak felső és külső quadransában, a suspensiót pedig Blaschko módosítása szerint készítem. Blaschko ugyanis figyelmeztetett arra, hogy nem egészen közömbös, hogy mennyi natronlúgot veszünk, még ha azt utólag ecetsavval közömbösítjük is, mert a keletkező ecetsavas natron erősen izgatja a szöveteket. Tehát natronlúgot csak annyit veszünk, a mennyi éppen szükséges (kb. 0.36 cm³ 20%-os natronlúg 0.5 arsenbenzolra); ezzel dörzsöljük el a szert, azután 5—8 cm³-ig steril destillált vízzel feleresztvén, ha szükséges, 1—2 csepp híg sósavval közömbösítjük. Ezzel a módszerrel aránylag még legjobban meg vagyok elégedve, bár nem tagadhatom, hogy ez sem tökéletes.

A Kromayer által ajánlott paraffin-suspensiót, a mely egészen úgy készül, mint például a salicyl-kénese-suspensio, és a melynek nagy előnye az volna, hogy állítólag tetszés szerinti ideig bomlás nélkül eláll, szintén alkalmaztam néhányszor; pár esetben sem fájdalmasság, sem infiltratum nem mutatkozott, viszont más esetekben nagy fájdalmak jelentkeztek és beszűrődés is keletkezett.

A mi a szernek az adagolását illeti, az idők folyamán ez is nagy változáson ment keresztül: míg kezdetben a közép-adag felnőtteknek csak 0.30-ot tett ki, a melyen túl csak kivételesen, különösen erős egyéneknek mehetünk (így hangzott Ehrlich utasítása), ezt az adagot, nyilván mert a hatás nagyon sok esetben nem volt megfelelő, csakhamar 0.4—0.5-ről 0.6-ra emelték (Később Ehrlich utasítása úgy hangzott, hogy a közép-adag nőknek 0.45, férfiaknak 0.5 legyen.) Azonban egyes szerzők ezt is keveselték és még nagyobb adagokat vettek, úgy hogy 0.8—1.2-ig emelkedtek; vagy pedig mások először 0.4, ha a tünetek lassan multak, 14 nap múlva 0.7 és ismét két hét múlva még 0.8 vagy 1.0 adagot adtak.

Nagyon helyesen jegyzi meg erre Alt, hogy a sok puszkapor is elronthatja a lövést és hogy egyáltalában nem közömbös dolog ilyen differens szerből oly nagy adagokat adni, főleg suspensio alakjában, a melynél a felszívódási viszonyokat nem tudjuk befolyásolni és megtörténhet, hogy a régi depotban még visszamaradt arsen egyszerre szívódik fel az ujjal és mérgezést okozhat.

Legújabbán a königsbergi discussio hatása alatt Ehrlich azt ajánlja munkatársainak, hogy előbb intravenosus befecskendezést alkalmazzanak Iversen-Schreiber szerint 0.4—0.45—0.5-del, 48 óra múlva pedig izomba fecskendezzenek 0.3—0.5 adagot, átlagosan összesen 0.8 mennyiséget; és pedig a suspensióra már többé nem a Wechselmann-féle neutrális emulsiót ajánlja, hanem egyszerűen az ol. az olivarummal készült suspensiót.

Nyilvánvaló, hogy a nagy mestert is csak az eddigi balsikerek, a melyekről munkatársai, a klinikusok neki beszámoltak, ösztönözheték arra, hogy ezt a kettős alkalmazásmódot ajánlja és a közép-adagot 0.5-ről 0.8-ra emelje. Én magam intravenosus fecskendezéseket még nem alkalmaztam, minthogy azonban Ehrlich óhajtja, mindenesetre meg fogom ezt a kombinált módszert is kísértetni. Hiszen plausibilisnek látszik, hogy ilyen módon tartósabbak lesznek az eredményeink. Ezekről a kísérletekről annak idején be fogok számolni.

A mi az injectio megismétlését illeti, természetes, hogy mihelyt ez szóba került, ez a sterilisatio magna esődjét jelentette és helyébe a fractionált sterilisatio került; a második injectio hatását különösen Wechselmann, de mások is dicsérik. Én eddig meglehetősen óvatos voltam és csak 7 esetben ismételtam meg az injectiót; a legrövidebb idő, a mely az injectio után eltelt, 3 hét, a leghosszabb 7 hét volt. A 7 eset közül azonban csak 4-ben láttam a második injectiótól eredményt, 3 eset refractaer viselkedett, jelölül annak, hogy a spirochaeták arsenállókká lettek; különben a második injectiót is, a melynek az adagja az elsőét rendszerint valamivel felülmulta, mindegyik beteg kitűnően tűrte.

(Vége következik.)

A kephaldol antineuralgiás és baktericid hatásáról.

Irta: **Balassa Tivadar** dr., a budapesti poliklinika urológiai osztályának segéde.

Tudvalevőleg az orvostan egyetlen szakában sem szerepelnek az elhanyagolás és eltitkolás okozta szövődmények oly kiterjedt mértékben és oly sokféle változatban, mint éppen az urológia terén, és talán egyetlen szakban sincs oly nehéz helyzete az orvosnak, mint éppen itt.

Hisz napról napra van alkalmunk tapasztalni, hogy a kezelésünk alatt álló betegek, figyelmeztetéseink ellenére, elmaradnak rendeléseinkről, mert nem lévén folyásuk vagy fájdalmuk, feleslegesnek tartják az orvosi kezelést; vagy akárhányszor halljuk új betegeinktől, a kik a légkölfélőbb és néha igen nagymérvű heveny jelenségekkel fordulnak hozzánk segítségért, hogy eddig a kifolyást vagy ehhez hasonló bajukat saját bő tapasztalataik alapján házilág kezelték, vagy e téren jártas, de laikus barátai adták meg nekik a szükséges utasításokat.

Úgy az alapos kúrának önkényes megszakítása, mint a kontarkodás okozta bajok, melyek közül csak a heveny periurethritist, epididymitist, cystitist, prostatitist, funiculitist és kankós izületi lobokat említem, néha az elviselhetetlenségig kínos jelenségekkel gyors és erélyes beavatkozást, a megfelelő helyi, gyulladásellenes szerelés és diéta eljárások mellett biztosan és igen erélyesen ható antineuralgicumok gyors igénybevételét teszik feltétlenül szükségessé.

Tudvalevőleg azonban az eddig alkalmazott antineuralgiás szerek között nem akad egyetlen egy sem, melynek nagyobb mennyiségben, hosszabb ideig való adagolása közben, egyik vagy másik életfontos szervben jelentkező káros vagy kellemetlen mellékhatását ne észlelték volna, avagy ilyenekről irodalmi közlésekben már ismételtelen ne tettek volna említést. S éppen ezért a legtöbb esetben nem merjük adni, nem adhatjuk ezen szereket a fennálló tünetek leküzdésére és a fájdalmak enyhítésére megkívántató teljes adagokban.

Az újabb szerekről szóló számos prospectus és közlés között különösen megragadta figyelmemet egy újabb antipyreticumról és antineuralgicumról, a kephaldol nevű készítményről szóló közléseket tartalmazó ismertetés.

Noorden, Ortnér, Schlesinger, Stoffela bécsi egyetemi tanárok klinikai, illetve kórházi osztályaiból származó közlések voltak ezek, még pedig több mint két évi kísérletezésnek eredményei, tehát minden tekintetben feltétlenül megbízható és tanulságosnak ígérkező ismertetések.

A kephaldol nevű készítménynek kifejezetten biztosnak és promptnak jelzett antipyretikus, antineuralgiás és speciális antihydrotikus hatása mellett különösen ama egyetértelműleg, teljes pontossággal megállapított körülmény keltette fel nagy érdeklődésemet, hogy a kephaldol egyetlen esetben, legnagyobb adagok, vagy leghosszabb tartamú adagolás mellett sem okozott soha kellemetlen mellékhatásokat, sőt nagy mértékben szervi szívbajosok (insuff. valv. bicusp., myodegeneratio cordis stb.), máj- és vesebetegek, tüdővészések is heveny megbetegedéseikben (influenza, pneumonia, rheumatismus) nemcsak kitűnően tűrték e szert, hanem még a szívműködésre való tonizáló hatását és az értonus javulását is határozottan meg lehetett állapítani.

A kephaldol finom fehér-sárgás por, ize gyengén kesernyős, vízben nehezen, alkoholban és aetherben könnyebben oldható. Vegyi összetétele szerint a citromsavnak és salicylsavnak phenetidinekre való behatása útján létrejött reakciós termék, melyben az esetlegesen fennmaradó szabad savak chininhez vannak kötve, illetve natrium carbonicum által közömbösítettek. Magának a szernek vegyi eredete is igazolja a készítmény nagy hatékonyságát és rámutat a javalataira, egyúttal érthetővé teszi azt, hogy miképpen jöhet létre a fenti vegyi átalakulások és megkötések folytán egy oly, minden tekintetben ártalmatlan és fokozatos hatással felruházott antipyreticum és antineuralgicum, mely biztos hatása mellett a fehérje szétesését megakadályozza és a szívműködésre is élénkítőleg hat, sőt vegyi összetétele folytán e szernek határozott baktericid hatását is fel kellett tételeznem.

Engem e feltételezett utóbbi hatás mellett főleg e készítménynek teljes ártalmatlansága és analgesiás hatása érdekelt, annyival is inkább, mert az említett közleményekben a kephaldolnak határozottan gonorrhoeás eredetű bántalmak illetve fájdalmak ellen való kiváló hatásáról is több helyen találtam említést.

Tapasztalataim, melyeket e téren szereztem, igen sok esetre terjednek. Közülük, nehogy ismétlésekbe essem, minden kóralakból csak egy-kettőt sorolok fel, megjegyezvén, hogy a többi esetben is éppen oly biztos és pontos hatást értem el és hogy kellemetlen mellékünetet, noha nagy adagokat használtam, egyetlen egy esetben sem észleltem.

I. B. J. utazón, ki 7—8 év óta kisebb-nagyobb megszakításokkal csaknem állandóan húgyesőgonorrhoeában szenvedett, annak többféle szövődményével (periurethritis, epididymitis, prostatitis) mult év december hó 2.-án jobb térdizületében fájdalmak jelentkeztek, melyek őt a járásban gátolták s e miatt útját megszakítva, hazajött. Újabb útjára való tekintettel hamarosan szeretné a nagyobb bajnak elejét venni. Jobb térdizületének a bőre a környezettől eltérően vöröses, melegebb, a térd határai elmosódottak, körfogata az egészséges térdénél 3 centiméterrel nagyobb, nyomásra több ponton fájdalmas. Tekintettel régóta tartó s több hó óta nem kezelt gonorrhoeájára, kankós térdizületi gyuladást állapítottam meg. Ágynyugalmat, hidegborogatást ajánlottam s egyben kephaldolt adtam 4×1 gramm napi mennyiségben. Bőséges izzadás nyomán már a második napon nagy megkönnyebbülés állott be s az említett kúrának 11 napi pontos betartása után néhány nap múlva egészségesen mehetett útjára. Közben a húgyesőbéli beszűrődések megfelelő el látásban részesültek.

II. R. L., 30 éves bankhivatalnok, ki egy év óta tartó húgyesőkankóját csaknem állandóan kezelte, folyó évi február hó 15.-én egy hét óta folyton fokozódó baloldali térdizületi fájdalmi miatt keresett fel. A húgyeső tükrövizsgálata alkalmával felfüllérnyi beszűrődött területet találtam a pars membranaceában, a mely beszűrődés volt az állandó genykepződés kiinduláspontja. Rende lésem ágynyugalom mellett hűvös borogatás és naponként 3 gm. kephaldol adagolásából állott. 17.-éig sem a fájdalom, sem a térdizület lobossága nem változott. Ekkor a kephaldolt 5×1 grammra emeltem napjában. 19.-én a beteg bemondása szerint legalább 70% kal enyhültek fájdalmi a térdizületben, melynek pirja eltűnt és eddig elmosódott körvonalai az egészséges térdéhez hasonlóvá lettek. 24.-én már járás közben sem volt fájdalma és újból megkezdhetette hivatalát.

III. R. G., 27 éves hivatalnok, ki félénél hosszabb idő óta állott gonorrhoea ellen szakszerű kezelés alatt, mult év október 5.-én gyors egymásutánban több izületében támadt fájdalmi miatt, melyek az orvosától ajánlott aspirin- és morphin-kezelésre két hét alatt nem akartak elmúlni, hozzám fordult. Mindkét térdizülete s a bal lábközépesontok, illetőleg ezek izületei fájdalmasak, duzzadtak, különösen a jobb térdizületben járáskor erős fájdalmak jelentkeznek. Ezen izület környéke tetemesen megvastagodott s a gyulladás minden jelét mutatja. Mindegyik izületre Burrow-borogatást rakattam s a beteggel naponként 4 gm. kephaldolt szedtettem. Erős izzadás mellett a fájdalmak napról-napra enyhültek, a hatodik napon már csak a jobb térdizületben volt esekély fájdalom, de csak nyomásra vagy a járás megkísérlésekor. December 12.-én újból hevesebb fájdalmak jelentkeztek mindkét térdizületben, ugyancsak tetemes duzzanat kíséretében, 10 napi kephaldol-kezelésre azonban az említett tünetek csaknem teljesen visszafejlődtek és márezius 3.-áig recidiva nem mutatkozott.

IV. A. L., 21 éves egyetemi hallgató 1909. december 1.-én jelentkezett először. Előadja, hogy 3 hét előtt húgyesőfolyása támadt s egy barátja tanácsára kalium hypermanganicummal fecskendezett. Az oldatot szemmérték szerint maga készítette s legutóbb sötétben sokat talált a szorból oldani, s ezzel fecskendezvén, reggelre himvesszője erősen megduzzadt, húgyesőve erősen ég, különösen vizelelkor, úgy hogy nem is tudja hólyagját teljesen kiüríteni a nagy fájdalomtól. Acet. lithargyri ($1\frac{1}{2}$ o) fecskendésekre a fájdalom és gyulladás alábbhagyott, harmadnapra azonban mindkét oldali funiculus spermatic. és a lágyékmirigyek erősen megduzzadtak és fájdalmassá lettek erős láz kíséretében. Ekkor kephaldolt rendeltem, 3 óránként fél grammot. A következő napon, $2\frac{1}{2}$ gramm elfogyasztása után a láz megszűnt, a fájdalom tetemesen csökkent

s hatodnapra úgy a mirigyek, mint a funiculussok duzzanata teljesen elmúlt.

V. H. L., 26 éves hivatalnok, 1909 november 10.-én húgycsőkankóban megbetegedett s mintha mi baja sem volna, rendszeresen közöskült tovább is. November 27.-én kétoldali epididymitis támad az előző napon több ízben végzett coitus után. Nagy fájdalmak és láza ágyba döntik s csak most folyamodik orvosi segítséghez. Mindkét mellékhere a kétszeresére megdagadt, feszes és érintésre igen érzékeny. Láza 39.2 C°. Hűvös borogatás mellett napjában ötször félgrammos kephaldol-porokat rendelttem. A hőmérsék 2 por bevétele után a rendszerre szállott alá, a második napon már teljesen fájdalommentes. Nyolcz nap múlva a mellékherék duzzanata teljesen visszaféldött, a különben szokásos keményedés visszamaradása nélkül. Sportsuspensorium viselése mellett rendes foglalkozását végezheti.

VI. G. J., 30 éves mérnök, a bal mellékherében levő diónyi daganata ellen keres segítséget. Állítása szerint ötször volt kankója, második kankós megbetegedése 21 éves korában heregyuladással szövődött, a mely ellen orvosa jeges borogatást rendelt. Ez időtől fogva fájdalommentes diónyi daganat maradt vissza a gyulladás helyén. Ötödik kankójával ez év január 17.-én hozzám fordult gyógykezelés végett. Heveny bántalma 3 hét alatt lezajlott s ekkor a daganatot Bier-féle pangásos kezelés alá vettem, megjegyezvén, hogy a teljes felszívódás kevés reményével kecsgettem a beteget. Egy heti, kétszer napjában fél-fél óráig tartó leszorítása mellett a bal herének s vele a daganatnak megpuhulását észleltem. Ettől fogva az említett kezelés folytatása mellett napjában hatszor fél gramm kephaldolt szedtem a beteggel, mire a daganat fokozottabb puhulását s kisebbedését vettem észre. Tíz napig ilyen módon való gyógykezelés után babnyi lágy képletté vált s ezzel az eredénnyel megelégedve, távozott.

VII. P. K., 33 éves hivatalnok folyó év január 8.-án jobb oldali lágyékmirigydaganattal jött rendelemre. Előadja, hogy negyedik hónapja veszi észre, hogy jobb lágyéktáján esomó képződött, mely azóta annyira növekedett, hogy hivatalnoktársai nadrágján keresztül is észrevették. Az anamnesis semmiféle fertőző okot sem derít ki, miért is idiopathiás bubót állapítottam meg. Fájdalmas sohasem volt a daganat. Három heti Bier-féle kezelés mellett kisebbedés állott be a daganaton. Ekkor a Bier-féle kezelés mellett háromszor napjában 1 grammos kephaldol-porokat szedtem a beteggel, mire a daganat gyors tempóban kisebbedett, s további két heti kezelés után teljesen felszívódott.

VIII. S. J., egyetemi hallgató 1909 november 23.-án jelentkezik s baloldali lágyéktáji fájdalmak ellen kér segítséget. Bajára vonatkozólag előadja, hogy pár nap előtt súlyosabb kizúrással kezében a vonatról leugrott s rándulást szenvedett. A vizsgálat a bal funiculus ujnyi vastagságú duzzanatát és nagyfokú érzékenységet tüntette fel. Hűvös borogatás, majd hererögzítő alkalmazása után, minthogy öt nap múlva sem szűnt meg a daganat s a fájdalom is csak kis mértékben engedett, naponta 4-szer $\frac{1}{2}$ gramm kephaldolt szedtem, mire hat nap múlva a funiculus duzzanatát okozó izzadmány teljesen felszívódott s a fájdalom fokozatosan eltűnt.

IX. H. L., hivatalnok 1909 november 16.-án lázzal járó influenzás panaszai mellett végbéltáji heves fájdalmakról panaszkodott; nemi bajban még nem szenvedett. A végbélvizsgálat a prostatának nagyfokú érzékenységét és jókora megnagyobbodását deríti ki. Kephaldoznak háromszor napjában szedett félgrammos adagaira már az első napon javulás állott be, és pedig úgy a láz, mint a fájdalom tekintetében. A negyedik napon a beteg teljesen láztalan és fájdalommentes, 8 nap múlva a prostata normális nagysága helyreáll.

X. S. E., 46 éves kereskedő hét év előtt szerzett luesből 3 évi gyógykezelés után gyógyult. Két év óta gyakran ismétlődő hemieraniában szenved, oly mértékben, hogy foglalkozásában teljesen gátolva van. Baját régebbi betegségéből eredőnek hitte s orvos megkérdezése nélkül újabb kénes- és jód-kúrákat végzett, fejfájásai azonban állandóan visszatértek, úgy hogy sok volt, ha egy hétig szabadnak érezte a fejét. Több ízben szedett orvosi rendeletre antipyrin, de csak rövid ideig tartó hatást tapasztalt tőle. 1909 november elején heves fejszagot állott be, a mely ellen ajánlatomra napjában háromszor egy gramm kephaldolt szedtem.

Fejfájása már az első napon csaknem teljesen megszűnt. A harmadik naptól fogva teljesen fájdalommentes. Ezután még egy hétig kezdetben 2 gm., később az utolsó 4 napon napi egy gramm kephaldol fogyasztása után, negyedfél hó múlva láttam újból, a mikor is kínzó bajának teljes megszűnéséről számolt be.

Felemlítendőnek tartom még azt, hogy három esetben adagoltam a kephaldolt tabesések lancináló fájdalmak és igen heves crises gastriques rohamok ellen, még pedig 4—5—6-szor 1.0 grammot pro die, és határozottan lényeges enyhülést, sőt egy esetben a fájdalmaknak teljes elmaradását észleltem. Kellemtelen mellékhatást, a nagy adagok ellenére, egyetlen egy esetben sem tapasztaltam.

Egy másik esetre is felhivom a kartársak figyelmét, mely e készítmény baktericid hatását látszik igazolni. Éjjel eljött hozzám K. J. hivatalnok, mert igen heves torokfájását alig bírta elviselni. A mindkét oldali tonsillitis follicularis folytán erősen duzzadt mandulák a garat hátulso falát majdnem teljesen elborítják. Nem lévén más kéznél, kephaldol-port fújtam be s rövid félóra alatt a fájdalmak, de sőt a duzzanat és természetesen a láz is lényegesen csökkent, s reggelre tetemes enyhülés állott be.

Összefoglalván tapasztalataimat, mondhatom, hogy: a kephaldol, mely kiváló orvosok tapasztalatait feltüntető szakközlések alapján elsőrangú, minden tekintetben ártalmatlan s mindennemű kellemtelen mellék- és utóhatásoktól ment antipyreticumnak, anti-neuralgicumnak és antihydroticumnak bizonyult, analgesias prompt hatását a gonorrhoeás alapon álló és heves fájdalmakkal járó szövödmények eseteiben is beigazolta. Sőt a gonorrhoeás alapon keletkezett szövödmények kezelésekor a prompt és tökéletes anti-neuralgiás hatás mellett az egyéb tünetek (duzzanat, izzadmány) oly gyors javulása állott be, hogy a kephaldolt a gonorrhoeás alapon támadó szövödmények, főképpen a kankós ízületi lobok specifikumának is minősíthetjük és e szer baktericid hatását is megállapíthatjuk.

Ismételten felemlítendőnek tartom, hogy a nagy mennyiségek adagolása ellenére egyetlen egy szerv részéről sem tapasztaltam kellemtelen mellékhatást, a mely körülmény egymaga is elégséges arra, hogy e szernek a hasonló célú szolgáló valamennyi készítmény között az első helyet biztosítsa.

A pestisorvos.

Manapság, a mikor a hírterjesztésnek százféle eszköze röpi világra az újságok újabb és legújabb értesüléseit, negyvennyolcz óra alatt hírt veszszük, ha a földgolyó másik felén valami veszedelmes járvány üti fel a fejét. Bőséges idő van a védekezésre. Régen ez nem így volt; egyrészt, mert nagyon nehézkesen mozogtak a hírhordás szárnyai, másrészt meg azért, mert nemcsak a hatóságok, hanem maga a nép is, még sokkal inkább mint ma, minden módon titkolta a járvány megjelenését. Ennek aztán az volt a természetes következtetése, hogy az ország határa közelében levő városok, mikor a fekete halál közelségének gyanúja származott, kémeket küldtek a szomszéd tartományokba, hogy a dolog mibenlétéről meggyőződést szerezzenek. Így például a circumspektus nagyszebeni szászok gyakran küldtek ki ilyen pestiskémeket Oláhországba, hogy megtudják, nincs-e már ott a veszedelmes betegség, mely annyiszor fenyegette Erdélyt abból a tartományból. A sopronvárosi tanács is (1679 júniusában) Pozsonyba küldi egyik bizalmas emberét, hogy megtudakolja, de maga is meggyőződjék róla, hogy nincs-e már ott a Bécsből fenyegető járvány? A pozsonyi tanács tiltakozik a gyanúsítás ellen és azt írja vissza, hogy csak a nyári időben rendszeren megjelenő „allerhandt hützig Fieber undt Petetsche, meistens unter den gemeinen Leythen in Schwung gehe“, pedig akkor már javában pusztított köztük a járvány, mely rövid idő alatt jóval több mint tizenkétezer pozsonyi polgárt vitt a sirba. Sőt mellékelik a pozsonyi városi borbély bizonyítványát is, mely szerint a városban legfőlebb négy ember hal meg naponként, néha egy sem.¹ Néha maga a helytartótanács is utasította a határszéli megyéket, hogy a szomszéd tartományokba pestiskémeket küldjenek. Így például 1739-ben Sáros megye hatóságát utasította, hogy a szomszédos lengyelországi területen kémkedjenek arra nézve, hogy

¹ Soproni városi levéltár, fasc. XV. 1035.

ott van-e a pestis? Gróf Szirmay Tamás jelenti is,¹ hogy alkalmas embereket küldött a szomszédba kutatás végett.

Erre a kémkedő rendszerre valóban szükség is volt, mert a hol a pestis megjelent, ott a népnek, sőt olykor a hatóságnak is első dolga nem a védekezés, a közegészségügyi intézkedések, vagy nemcsak azok voltak, hanem a járvány megjelenésének lehető titkolása is. Mert a mint egyszer a járvány megjelenését valahol megállapították és az nyilvánossá lett, a felsőbb hatóságok, vagy a közelben levő városok, megyék kimondták a zárlatot, s ennek a következtetése majdnem mindig nagy drágaság inség, a kereskedelem és ipar tökéletes pangása volt. A contumacia kellemetlenkedéseit természetesen első sorban a szegény köznép érezte meg, azért maga a nép is töle telhetőleg titkolta a betegség első eseteit. Kajdács tolnamegyei községben például már 1739 január havában megjelent a fekete halál, s nap-nap után szedte az áldozatait; a nép azonban titokban, éjjelente elásta a halottakat, a községi előljárók és a református pap tudtával, úgy hogy a megye alispánja csak július havában szerzett tudomást arról, hogy ott van a pestis, s a nép ekkor is kijelentette, hogy inkább az akasztófát választja, semhogy a betegek elkülönítésébe egyezzen; a ki pedig ezt megpróbálja, azt agyonverik. Baranyamegye alispánja, Horváth Dániel (1740 márczius 22) szintén azt jelenti a helytartótanácsnak, hogy az ő kerületében se hatalmasodott volna el annyira a járvány, ha a nép, a zárlattól való félelmében, el nem tagadta volna a betegség eseteit. Budán már 1738 november 24.-e előtt dühöngött a járvány, de maga a városi hatóság titkolta, s mikor a Nikolics-féle házakban rövid idő alatt tizenötön haltak meg, s a sebészek erről szóbeli jelentést tettek, a polgármester, a bíró és egyéb tanácsbeli urak rájuk támadtak, leszidták és keményen megfenyegették őket, úgy hogy írásos jelentést nem is mertek beküldeni a hatóságnak.

Mikor végre annyira elhatalmasodott a járvány, hogy lehetetlen volt tovább is titkolni, akkor aztán megalakult az úgynevezett egészségügyi bizottság (*commissio sanitatis*). Ez rendesen az illető város előkelő polgáraiból, hatósági személyekből stb. állott, kik közt természetesen az orvosoknak vezető szerepük volt. Budán például a már említett járvány alkalmával a következők voltak a *commissio sanitatis* tagjai: Nothhelfer ezredes és vicekommandáns, Pleyern József, a jezsuiták rektora, dr. Nicoletti Antal törzsorvos (*stabilis medicus*), Röcklin Mihály katonasebész (*stabilis chyrurgus*), Cetto Jakab és Ecker Mihály budai szenátorok s végül Horányi Gábor. Ezen bizottságnak számos alárendelt közege volt a városban; így négy „tisztasági felügyelő” (*mundationis commissarius*), három *medicus expositus* és tíz *chyrurgus expositus* („kitétetett orvos” és sebész, a hogy hivatalos magyarsággal nevezték őket); ezek voltak a tulajdonképpeni pestisorvosok (*pestilentiarii*) és pestis-sebészek (*pest-barbierer*, *chyrurgus contagionis*), a kik a lazarétumhoz és a contumacia-házhoz voltak kirendelve s ezért hívták őket *expositus-oknak*. Budán azonkívül még öt esküdt ügyelt fel a fertőzött házakra és hét „*sacerdos expositus*” is működött (egy a várban, három a vizivárosban, egy-egy a Rácvárosban, Ujlakon és az Országút nevű városrészen).

Ezzel azonban még koránt sincs vége az egészségügyi viszonyok ellenőrzésével megbízott személyzet tagjai sorának. Hátra vannak még az alsóbbrendű közegek. Így a járványoszlók (németül *siechknecht*, latinul *vespillones*), kiknek ismét külön felügyelőjük, főnökük (*vespillonum observator*, *vesp. commissarius*, *v. decurio*) volt; a tisztogatók és füstölők (*visitatores*, németül *beschauer*, *reiniger*); a contumacia-ház felügyelője (*commissarius contumaciae*); a temetők vagy halottthordók, németesen *trägerok* (*portitores* vagy *tragerones*, kiket egy 1739.-i nagyszombati jelentés *trogerii* néven nevez); az istrázsák (hajduk), kik a lineán vagyis az elzárt terület határvonalán őrködtek s nem mindig csak gyaloghajduk, hanem olykor lovas szolgák, vagy a mint Debreczenben nevezték: *patalérozók* („*patrouillirozók*”) voltak.

Végül némely helyen, nevezetesen a hol a zsidóság nagyobb tömegekben lakott, így a felvidéken, még egy furcsán hangzó nevű hivatalos személy is volt: a *judaeorum visitor*. Ennek a névnek a megértésére tudnunk kell, hogy a zsidóság a nagy pestis-járvá-

nyok korában még majdnem kizárólag faluról falura vándorló, cserekereskedéssel foglalkozó s a tisztasággal már foglalkozásánál fogva se valami kifogástalan lábon álló népréteg volt. Ezért is az egykorú források, még a XVIII. században is, majdnem unisono hangsúlyozzák az alsórendű zsidóság veszedelmességét a pestis széthurczolása tekintetében. Az 1738.-i középponti pestisbizottság, az erdélyi járvány terjedéséről elmélkedve,¹ azt mondja, hogy „*alvorhin geweste Pesten haben in vorigen Zeiten unter Walachen und Juden angefangen*”, s így történt ez szerintük az akkori járvány alkalmával Temesvárott és az egész Bánátban is. Hasonlóan hangzik Dobay Zsigmond sárosmegyei alispán jelentése is az udvari kancelláriához (1739 június 11), melyben azt mondja, hogy ő különös figyelmet fordít a szerte kóborló görögökre, rácokra, zsidókra, koldusokra, czigányokra és a sáfrányos tótokra (*erocarii*), de egészségügyi szempontból kiváltképpen a három első kóbornépre kell vigyázni, „*nam hi non moventur dilectione proximi, nec sunt multum solliciti de animarum salute, ast unice privati lucri cupidi, velut per diversas Regni partes divagantes, facillime inficere possunt*”, s a határos Lengyelországba is ezek vitték be a fertőzés ragályát. Ezért a helytartó tanács (1739) el is rendelte, hogy zsidókat, czigányokat „*aut alios ejusmodi vagabundos*” a hatóságok ne ereszszenek át a temesi és aradi helyekről más vármegyékbe. A tót lakosságú megyékben az úgynevezett olejkárok és csipkés tótok is széjjelhurczolták a bajt, s ezért Zólyommegye univerzitása (1739 július 7) elrendeli, hogy a megyének azon lakosait, kiket tótul *kapsiarii*, *cipkarii* et *platenici* néven neveznek s kik most valahol külföldön tartózkodnak, bármikor jönnek is vissza s bármilyen passuslevelük van is, fogják 42 napi veszteglésre.

Vágújhelyen egy Creitz János nevű sebész volt a „*judaeorum visitor*”, a kimint jelentésében mondja, házról házra sorba vizsgálta a vágújhelyi zsidókat, hogy nincse-e valami gyanús testi bajuk (1739). Ugyanezen évben 76 galgóczi zsidót tizenhárom hétig tartottak a Szoros hegye alatti vesztegzárban, ez idő leteltével egyenként megvizsgáltatta őket a megyei hatóság s hogy milyen tulzó lelkiismeretességgel történt ez a vizsgálat, arról a *judaeorum visitor*nak alábbi hivatalos jelentése ad számot:

„*Ich endes unter schriebener bekhene hiemit ... das die gesambte Judten, so schon vor 12 Wochen von Freystattl (Galgócz) herausz gegangen, undt ihre Contemaz (!) in den Gebierg gehalten, visitirt werden solte, welches auch also den 25.-ten August geschehen, und einen nach dem Andern, völlig nakent, so wohl Mann als Weibs Personen, und auch Kinter, auff das genaueszte betrachtet habe ... bey weliche ich dato nicht das geringste von einner Contagion oder Pest gefunden; es seindt wohl einige darunter, so die s. v.² Kreze oder Auszlag (!) haben, welches bey denen Judten ohne deme gemein ist; habe darausz judiciert, weillen sie die Baeder undt Schropfen gewohnt seindt, und soliches nicht abwarten kenén. So viell kan ich mit gutten Gewiszen attestiren stb. Fornosek, d. 25. Aug. 1739.*

Sebastian Ant. Koberer,
examiniert Felt Chyrurg“.

* * *

A pestisbizottságokban természetesen elsőrendű szerep jutott a pestisorvosnak (*pestilentiariusnak*). Ne gondoljuk azonban, hogy ez mindig egyetemet végzett, diplomás *medicinae doctor* volt; mert régente (még a XVIII. század közepén is!) oly ritka volt az okleveles orvosdoktor Magyarországon, hogy a helyét igen gyakran a sebészek (akkori kifejezés szerint *borbélyok*) töltötték be. A képzett orvosok hiánya okozta azt is, hogy a pestis-járványok idejében sokszor a legelőkelőbbek is kuruzslókhoz fordultak óvószerekért. Így Zrinyi Ilona, a nagylelkű fejedelemasszony, mikor 1679 nyarán a fekete halál erősen tizedelte az országot, bizott emberét, Lajos pátert egy hordó finom tokaji borral kiküldte Lengyelországba, a variczi esodatevő hírében álló plébánoshoz orvosságért. Lajos pap, mikor odajutott, azt írja vissza asszonyának, hogy „a páter, valamint eddig, egy misét sem mond, kiben Nagyságodat, az urfiat (tudniillik Rákóczi Ferenczet) és a kisasszonyt ő nagyságokat kiváltképpen istennek ne rekommandálná, úgy ezután is szüntelen Istent imád Nagyságtokért. Im valami orvosságokat is irt maga kezével és küldött Nagyságtoknak.”³

Az 1710.-i nagy pestis alkalmával, mely első sorban volt

¹ 1739 január 1. Tarczán kelt jelentésében. Az 1738–1742.-i pestisre vonatkozó adatok mind az országos levéltárban található egykorú okiratokból vannak véve. Minthogy ezen levéltár adatait lépten-nyomon idéznem kellene, helykímélés végett kénytelen vagyok ezt mellőzni.

² *Thaly K.*: II. Rákóczi Ferencz fejedelem ifjúsága. (23. o.)

³ Az orsz. levéltár iratai közt.

⁴ A. m. *salva venia* (a magyar „megkövetem”).

oka az akkori szabadságharc szomorú végének, Rákóczi hadseregében oly kevés volt az orvos, hogy a fejedelem a maga házi-orvosát küldöztette a híveihez; sőt egy időben magának se volt doktora. „Az pestis engem is megkörnyékezett“, írja Beresényihez, „mind az városon, mind az falukon hálnak; mihent valakinek az feje fáj, csak odaszánjuk (lemondanak róla), mert nincs doktorunk.“ Pedig hogy milyen borzalmas erejű volt az akkori járvány génusza, azt eléggé bizonyítja egy másik levelének jóformán kétségbeesett hangja: „Az pestis kegyetlenségéről, az mely (itt) az pusztán is irtóztat, nincs mit írjak, sem mit tanácsoljak, hanem: Deus miser reatur nostri!“¹

Sőt még a XVIII. század közepén sem voltak sokkal vigasztalóbbak a viszonyok. Hiteles adatunk van arról, hogy az 1760-i pestis idején egész vármegyék voltak, a melyek területén egyetlen orvos vagy sebész sem találkozott. „Az Uristenen kívül nincs más orvosunk“, ezt írják a helytartótanácsnak a mármarosai hatóságok.²

Az orvosok hiánya okozta, hogy pestises időkben az előkelők messze földön gyakorló orvosokat is felkerestek tanácsért; így Rákóczi György, a későbbi fejedelem, Ceyl János doktorhoz fordul az 1622. évi pestis alkalmával. Az Ecseden lakó orvos mindenféle jótanácsot küld a Sárospatakon tartózkodó Rákóczinak, többek közt azt irván, hogy „asszonyom ő nagysága regula gyanánt eszébe tartása, hogy mostan eledele főképen eczetes legyen, sült legyen, és savanyús legyen, az minemű az egreses Az gyümölestül igen kell magát oltalmazni, és ha valami dögös (fertőzött) helyen menne (Nagyságod), egy kicsiny spongyiát vagy ruhát mártásnak eczetbe és azt szagolja; ha száját, orrát, orcáját megkenik is vele gyengén, igen jó leszén.“ Orvosságokat is küld neki és hangsúlyozza, hogy mint a lelkiismeretes doktorhoz illik, ő azokat mind sorra meg is kóstolta és a maga számára semmit el nem vett belőlük. Nagyon ajánlja neki az *Aqua theriacalis*-t, mely „nem semmi orvosság“, továbbá a terjéket, melylyel ő maga is szokott élni ebben a dögös időben, még pedig úgy, hogy lefekvés előtt egy babnyit megeszik belőle, „azután jól betakartatom magamat s igen-igen megizzadok utána, melyet Isten után én igen szeretek.“ Jó szívvel ajánlja még a *Rotulae lactificantes Haleni*-t, meg azt is, hogy „ha narancsot vagy száraz limoniát találhatna Nagyságod, olasz módon a sültre facsarni vagy együtt vele enni, igen igen jó volna.“³

Különbö a gazdagabb városok sem elégedtek meg azzal, hogy állandó pestisorvost fogadtak, hanem azonkívül még egyik-másik országos hírű orvostól is tanácsot kértek a járvány dögében. Így például Körmöczbánya tanácsa az 1710. évi nagy pestis alkalmával a „magyar Hippokratész“, Moller Károly Ottó beszteczbányai orvost kérte meg, hogy illő honorariumért véleményt mondjon. Moller hosszú véleménye és a pestisorvoshoz — Kochlatsch-hoz — intézett utasítása ma is megvan a körmöczbányai levéltárban (fons 43. l. 11). Ebben sok mindenféle praeservativumot és különlegességet ajánl a pestis ellen; többek közt az Acetum bezoardicumot, az Essentia alexipharmaca praeservanst (Giffessenst), Electuarium bezoardicumot, Pulvis bezoardicus rubert, Pulv. praeservans alexiteriust, Elixirium proprietatist (melynek a recipéjét nem adja, mert azt mondja, hogy úgy is mindenki ösmeri); Pillulae aloeticae-t (Pestpillen), Bals. contra pestem (Giffbalsam), és a Trochisci sublinguales-t (Praeservirende Zelth), „das man öfters des Tags, absonderlich wan man aus- und mit leithen umbgehen muess, aines in Mundt nimbt undt. zergehen laasset“, de a nyálat nem mindig nyeli le az ember, hanem inkább kiköpi; kivált akkor, ha éppen beszél valakivel. Kétségkívül azért, mert az ő idejében még úgy tekintették a pestist, mint miazmás fertőzést, melyet az emberek ki-gözülgése, lehellete stb. terjeszt tovább.

Erdélyben is hasonlóan cselekedett (1709) Rabutin generális, Cserei Mihály tanúsága szerint. Ez a mindenható katona egyszerűen összehívatta a szebeni doktorokat s megparancsolta nekik, hogy a „nagy himlő“ ellen, a mint akkoriban a pestist nevezték, orvos-ságokat „irjanak ki“ s ezeket azután szétküldözték az egész országban. A doktorok azt javallották, hogy „minden reggel a házakat

fenyőtövissel füstöljék, a házak falait minden héten fehérítsék, éhomra senki házából ki ne menjen. Kivált a fenyőmagot (vagyis a borókát), égett bort (vagyis pálinkát), vagy nyers borított, fenyőmagos ételt, mézet, diót, fokhagymát, mandolát, a dohányszivást igen javallják“. Steinwille hadparancsnok is minden reggel olyan pálinkával itatta a katonáit, melybe fenyőmagot és rutaleveleket áztattak; „nem is döglöttek meg“, vagyis nem fertőződtek meg a pestissel, írja Cserei.

A magyarországi orvoshiányból magyarázandó az is, hogy az itteni pestisek alkalmával a kormány gyakran Bécsből küldött (különösen katonaorvosokat) a járványos vidékekre. Így az 1710-i pestiskor Benza dr.-t Pozsonyba, 1708-ban Ausfeldt Kristóf híres katonaorvost Szegedre stb.

Ilyen körülmények közt nem csodálható, hogy a pestilentia-rius feladatát gyakran sebészek végezték. A nép nagyobb bizalom-mal is volt ezek, mint az orvosdoktorok iránt; egyrészt azért, mert a felcserek rendszeren maguk is a nép fiaai voltak, jobban tudtak a néppel bántani és veszedelmes járványok alkalmával is hűsége-sen végezték megszabott szolgálatukat. Ellenben az orvosok igen sokszor idegenből jött emberek voltak, a kik járványok idején nem egyszer megszöktek. Ez nem is volt olyan megalázó dolog, mint hinnénk, hiszen maga Sydenham is megeselekedte; sőt az orvosok gyakran már szerződésük alkalmával kikötötték, hogy járvány ese-tén távozhatsanak a városból.¹ Így esett, hogy az 1713-i járvány alkalmával Pozsonyban az egész szolgálat egyetlen felcsere vállaira nehezedett s minthogy a város további sebészeket nem kaphatott, kénytelen volt egy Oetli Oenophorus nevű svájci „orvos“ fogadni. Pedig az ottani sebészeket azzal is csalogatták, hogy megígérték nekik, hogy a járvány elmúltával két üzlet nyitására adnak nekik engedélyt.

Az orvosok szökését különben nemcsak a járványok vesze-delmessége magyarázza, hanem az a bizalmatlanság és rosszindulat is, melylyel a nép a pestilentia-riust fogadta. Mikor Knogler Márton dr.-t (1739 július) Árva megye egyik helységébe küldötték, hogy ott a judlium (szolgabíró) és a sebész kíséretében néhány pestisre gyanús egyént vizsgáljon meg, a pestis borzalmi és a népesség fenyegető magatartása olyan hatással voltak rájuk, hogy mindnyájukat pánifélelem (Pannicus terror) fogta el, s úgy a szolgabíró, mint a felcsere nem is írták alá a hivatalos jelentést,² hanem a bőrüket féltve első sorban megugrottak.

Azt lehet mondani, hogy a nép mindenütt ilyen ellenséges indulattal fogadta a szegény pestisorvost. 1738 július 3.-án például a szegedi pestilentia-rius, Mayr dr. (vagy Meyr) azt jelenti a fölöttes hatóságának, hogy mikor pár nap előtt az ottani halottvivő vagy trágér egy hullát akart elszállítani a szegedi városból, két haragos magyar legény „in grösster Furie“ útját állotta, s az egyik egy füttykössel, a másik hosszú póznával hadonászva, azt mondták neki, hogy ha még egyszer mer mutatkozni azon a tájon, akkor a felcsereket egyetemben agyonverik. „Das Volk ist sehr schwierig“, írja a megrémült német doktor és kéri, hogy bocsássák el a szol-gálatból, mert a katonai hatóság megígérte ugyan, hogy karhatal-mat bocsát a rendelkezésére, de még így sem biztos az élete. „Er wolte lieber unter denen wilden Thieren in Österreich, als darunten unter denen wilden Menschen leben“. A szegedi legények annyira ráijesztettek szegényre, hogy nem is várta be a helytartótanács felmentését, hanem július 17.-én kelt újabb beadványában azt írja, hogy az emberek folytonosan agyonlövessel fenyegetik, napról napra életveszély környékezi, ezért hát ő nem vár tovább, hanem ott hagyja Szeged városát, és (hogy lege artis történjék a megugrása), elégeti a ruháit és további rendelkezésig valami közeli mezőn vagy erdőben contumaciára veti magát, hogy hol, azt maga sem tudja még. A későbbi iratokból azonban kiderül, hogy eszébe sem volt a contumácia; rövid úton megszökött a városból és Pest felé vette az útját. A hatóság mindenfelé köröztette s elrendelte, hogy a hol elesipik, arrestálják. Hosszú üldözés után Esztergom közelében el is fogták és börtönre vetették szegény szökevényt, s a testi büntetést elengedték ugyan, de másrészt azonnal visszaszállították Temesvárra, hol szintén nagyban pusztított a pestis és az ottani

¹ Archiv. Rákóczian. III. 119, 132, 509.

² Hic in Marmatia praeter Deum neminem habemus medicum. (Linzbauer, Codex, II. 371.)

³ Magyar Történ. Tár., II. folyam, VII. 54.

¹ Haeser: Lehrbuch der Gesch. d. Medizin, II. 146. és Vámosy: Adatok a gyógyászat történetéhez Pozsonyban, 20. és 184. lap.

² Eredetije az orsz. levéltárban.

lazarétumba, tehát a legveszedelmesebb helyre, osztották be szolgálatára.

A hatóságok általában rendkívüli szigorral bántak el az olyan orvosokkal és sebészekkel, a kik elvállalták a pestilentiarius tisztét, de azután szabadulni igyekeztek tőle. Így az 1739. évi pestis alkalmával megesett, hogy az expositus sebész nem akart Nagyszombatba menni, mire a helytartótanács elrendelte, hogy ha más-keppen nem lehetne rábírní az odamenetelre, akkor bilincsekbe verve szállítsák a rendeltetése helyére.¹

Igen szigorúan büntették azokat a pestilentiariusokat is, kik feladataikat hanyagul vagy könnyelműen végezték. Az ugyanazon évi pestis alkalmával megtörtént, hogy Nicoletti budai orvos a Haszlinger ezredesnél levő pestisbetegeket nem jelentette be, továbbá az utcán egészséges egyénekkel állott szóba; ezért két heti szobafogságra és 24 arany fizetésére ítélték. Egy másik budai orvos, Schuster dr., az egyik sebész feleségével kiment a hetivásárra és ott, esküje ellenére, másokkal is összeállott beszélgetni. Ezért a pestis-bizottság elrendelte, hogy ha csakugyan igaznak bizonyulna a dolog, verjék vasra a doktor úr ő excellenciáját (mert akkor még ez volt a tanult orvosok hivatalos czíme) és a Rácvárosból helyezték át büntetésül a lövőházba (in jaculatoria domo) és a Bösenbacher-féle telken levő lazaretumokba, a hol további rendelkezésig, *állandóan megbilincselve*, lássa el a betegeket. Ugyancsak az 1739 július 14.-én tartott ülésében azt határozza a pestis-bizottság, hogy Tratter sebészt, ki a lazaretumbeli betegek kötözését két napon át elmulasztotta és Schwester dr. felszólításának nem engedelmeskedett, ha ez a hanyag és engedetlen viselkedése ismétlőd-nék, vasra fogja veretni.

Magyar-y-Kossa Gyula dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Manninger-Verebély: A sebészet tankönyve. I. rész: Általános sebészet. Mai Henrik és fia, 1910.

Az első magyar sebészeti tankönyv-nek megjelenése esemény orvosi tankönyvekben annyira szegény irodalmunkban, a mi eléggé indokolja, hogy bővebben foglalkozunk vele.

A most megjelent első kötet az általános sebészetet tárgyalja és két főrésze az általános sebészeti kórtan és az általános sebészeti műtéttan és therapia czímen oly nagy anyagot ölel fel 568 oldalon, hogy csupán a mű egészének rendszeres követésével tekinthető át.

Az egész munka alapja az általános sebészeti kórtan *új szerű, egyéni beosztása*, mely ha első, futólagos olvasásra szokatlan is, meggyőz arról, hogy annak a hihetetlenül nagy anyagnak, a mely az experimentális és általános pathologia, biologia, klinika és alkalmazott sebészet, embryologia, bakteriologia, serologia, serotherapia, röntgenologia stb. stb. differenciálásából és reintegrálásából alakult ki, szóval a „ma“ sebészeti mű megtanulása és megtanítása csak így lehetséges.

Az a nagy űr, a melyet az elmélet és a gyakorlat közt sokszor áthidalhatatlannak lát az egyik szakma művelője, itt összekapcsolva található oly természetesen, mint a hogy a két társ-szerző két külön fejezetét is oly természetes híd kapcsolja össze, a mely az egyikből szükségképpen csak a másikba vezethet át.

A világhozott eltérések fejezetében pontos definíciókkal világíttatnak meg az oly nagy zavarra és félreértésre alkalmas fogalmak.

A traumás megbetegedések tárgyalásakor a szerző megtanít a sebészi, de a forensikus gondolkodásra is. Az általános hatástan, a traumák mechanizmusának világos fejtegetése után reátér a helyi elváltozásokra: a fedett és nyílt sérülésekre. Finom klinikai megfigyelésre szoktat a vérrendszer, az idegrendszer és az anyag-csere elváltozásainak és következményeinek észlelésekor és befejezésül vázolja a hő és a sugárzó energiák okozta, valamint a vegyi

sérülések kórképét, hogy a maga egészében alakuljon ki a traumás megbetegedések nagy csoportja.

A kórtani rész legnagyobb fejezetében a fertőzőes sebészeti megbetegedéseket tárgyalja és az immunitástan, bakteriologia leg-újabb vívmányai, a mint a kórboneczoló kritikájával dolgozó *sebész-pathologus* kritikáján keresztül szűrődve kialakulnak a sebészet számára, élénk bizonyítékai annak, hogy a „ma“ sebészeti bak-teriologia, serologia és kórboneczolást is kell vagy kellene tudnia, ha a „ma“ sebészeti gondolkodási mechanizmusával akar hozzáfogni a kórkép megítéléséhez. A könyvnek ez a fejezete sok homályos kérdést tisztáz. Ily nagy gonddal megírt részlete az, a mely a gázfejlesztő és toxikus fertőzésekről szól. Bár a szerző egyforma körültekintéssel tárgyalja a sebészeti infectiók minden szóbakerülhető kórformáját, könyve legjobban sikerült részletének tekinthető az *infectio granulomák* fejezete, a hol a legújabb eredmények (hyphomykosis, sporotrichosis) teljes tekintetbe véte-lével van tárgyalva a malleus, ulcus molle, aktinomykosis, lues stb. és classikus formákban domborodik ki a kórboneczolástani, bakteriologiai és serologiai háttérből a *sebészi tuberculosis kórképe*.

Egészen újszerű, de a modern biologiai gondolkodás által elfogadott felosztású fejezet végül a *correlatiós betegségeket* tárgyalja. A mechanikai, neurovasculáris és vegyi correlatiók csoportját állítja fel a szerző, ez utóbbiak közé osztván be a tumorokat és a túltengéseket, illetőleg bizonyos formáikat, a melyeknek eddigi aetiologiai természete tisztázatlan és a melyek jelenlegi gon-dolkodásunk szerint önkényesség nélkül csakugyan a vegyi correlatiók közé sorozhatók legtermészetesebben. Ez a részlet nem kevésbé sikerült fejezete az egész első főrésznek és a tumorok terén sok gondolkodási lapsust van hivatva megjavítani.

Az általános ismereteknek ily szempontok szerint való meg-tanulása után természetesen meg kell ismerkednünk az általános műtéttani technika szabályaival, az asepssissel, az anaesthesiával, hogy hozzáfoghassunk a sebészi működés igazi gyakorlati tárgya-hoz, de egyszersmind fel is fegyverkezzünk minden raffinált eszkö-zel, hogy a véres küzdelemben meglepetés ne érhesen bennünket.

Az aseptikus műtét helyes előkészítése előfeltétele a szét-választó műtéteknek és a sebgyógyításnak, meg a helyes utókezelés-nek is.

Az általános therapia az általános kórtani beosztás nyomán tárgyalja a sebészi gyógyítást, a mely híven mutatja, hogy a „ma“ sebészete nem nélkülözheti az általános kórtani részben megadott alapot, hiszen a Bier-féle kezelés, és még inkább a fertőző beteg-ségek kezelése, nevezetesen az immunizáló eljárások, mind bizonyí-ték arra, hogy a továbbhaladásnak mily sok új terrenumára van kilátás a theoria vívmányainak alkalmazhatására a praxisban.

A „ma“ sebészeti műtét, a „ma“ sebészi iudiciumát kívánja meg-tanítani két fiatal sebészünk, a kiket eddigi hivatásuk, pályájuk és nagy tapasztalásuk a theoria és gyakorlat terén erre hivatottá tesz.

A könyv a sebészi gondolkodást tanítja meg s megbízható vezére lesz az orvostanhallgatónak, de az életben már dolgozó orvosnak is, mivel pedig az egész anyagot a legmodernebbül öleli fel, a képzett sebész is sokat okulhat belőle.

Ez a „ma“ sebészeti műtét modern, általános képe tartalmilag, melyhez modern, izléses külső járul, a mely a Pátria-nyomda és Mai Henrik és fia kiadóczég művészi érzékét jellemzi.

A könyv gyér tankönyv-irodalmunkban határozottan missiót teljesít.

Turán Géza dr.

Lapszemle.

Sebészet.

A Basedow-kór sebészi kezeléséről ír Leischner és Marburg. Munkájuk anyagát az Eiselsberg-klinika esetei szolgál-tatták. 45 esetből 5 halt meg a műtét kapcsán (11%), ezek közül 3 az első operáltakra esik, az 1903 óta operált 41 esetre csak 2 vagyis 4.87%; Kocher első 59 operáltja 6.7%, utolsó 254 operáltja 3.5% mortalitást mutatott, a Mayo-testvérek első 57 operáltja 12.2%, az utóbb operált 405 csak 4.75% mortalitást adott. A mortalitás csökkenésében az indicatiók bizonyos megszorításának is része van. Az Eiselsberg-klinikán operáltak közül 29-en történt utólagos vizsgálat, ezek közül 18 gyógyult, 8 javult (mind extirpatio); azon 3 esetben, hol csak érleketés történt, subjectiv

¹ Linzbauer: U. o. II. 155.

javulás mutatkozott ugyan, objective azonban a változás csekély, úgy látszik tehát, hogy az érlekedés a Basedow-tüneteket okozó hyperthyreoidismust csak kis mértékben befolyásolja. Egy esetben 2 év 7 hó után, mely panaszmentes volt, recidivát láttak, mely túlerőltető munka kapcsán keletkezett. Ezen esetben azonban persistens thymus volt jelen. Általában véve a pajzsmirigy kiirtása a betegek munkaképességét lényegesen fokozta s azért minden oly esetben, a hol a betegek nézve munkálkodásuk elengedhetetlen szociális szükséglet, feltétlen ajánlják a műtétet. Absolut indicatio még a trachea compressiója. Relativ indicatio a cachexiára való hajlam, ha a szokásos belső kezelés nem bír vele megküzdeni és a súlyos subjectiv nehézségek, melyek minden kezelés ellenére hovatovább elviselhetetlenné válnak. Előrehaladt cachexia és kifejezett myodegeneratio határozottan ellenjaválja a műtétet. A következő eljárás a féloldali exstirpatio; az érlekedés csak ott jó szóba, hol az exstirpatio kiállítására a beteget képtelennek tartjuk. (Mitteilungen a. d. Grenzgeb., XXI. 1910.)

Pólya.

Gyermekorvostan.

A myatonia congenita ritka megbetegedés, a mely rendszeren a spinális gyökök által ellátott izomzat hűdésében szokott nyilvánulni. Újabban kiderült azonban, hogy az agyvelőidegek által innervált izmok hűdése is előfordulhat e kórfolyamat keretében, például facialis- vagy hypoglossus-hűdés. L. Pollak esete négyhónapos gyermekre vonatkozik, kinek állítólag születése óta hűdtek az alsó végtagjai, közelebbi vizsgálatkor azonban kiderült, hogy a felső végtagok, a nyak, a hát és a has izomzata, valamint a hypoglossus innerválta izomzat is hűdött. A gyermek 7 hónapos korában halt meg capillaris bronchitisben, a mi a légző izmok hűdése folytán állott elő. A kórfolyamat a poliomyelitis anterior acutával és az atrophia musculorum spinalis progressiva Hoffmann-Werdnig-féle formájával téveszthető össze. Az eset érdekességét növelte az agyvelőidegek által ellátott izomsoportok hűdése, a minek folytán a gyermek arcza maszkyszerű külsőt kapott, a gyermek gyengén szopott és nyelvének a lenyomással szemben ellentállása csökkent. A kór aetiologiája ma még homályos, közvetlen oka az agybeli magvaknak és az elülső idegyököknek megváltozása. A Moebius-féle sorvadása az idegtörzseknek nem tévesztendő össze e kórral, mert míg a Moebius-féle kór progresszív folyamat, addig ez nem progresszív, de visszafejlődésre is kevés hajlandóságot mutat; és míg az előbbinél ophthalmoplegia van jelen, a facialis-bénulás ellenben ritka, addig e kórban a facialis-bénulás gyakoribb, míg ophthalmoplegia ez ideig még nem észleltetett. Egyes szerzők e kórban a thymus és thyreoidea elváltozását is észlelték, a szóban forgó esetben azonban mérsékelt thymus-nagyobbodáson kívül sem bonczolástani, sem szövettani eltérés e szervek részéről nem forgott fenn. (Archiv für Kinderheilkunde, 53. kötet, 4—6. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

Idiotia és öröklött lues címmel irt cikkében Ch. E. Atwood 204 vizsgált esetéből a következő tanulságokat vonja le. A kísérletekben szereplő egyének kora 5—50 év közt volt, kiken a beteges elváltozások majdnem kivétel nélkül csekély fokúak voltak. A kísérletekben mindig a Wassermann-Noguthi-reactiót végezte és azt találta, hogy a 204 megvizsgált eset közül 30, tehát 14·7% positiv reactiót adott. A megvizsgált fiúk illetőleg férfiak közül 15 adta a reactiót, a mi a 116 vizsgált férfihoz viszonyítva 8% -nak felel meg, a 88 megvizsgált leány, illetőleg nőbeteg közül pedig 20, a mi 22·7% -nak felel meg.

Azt találta, hogy a cerebellaris ataxiában a reactio százalékosan kifejezve nagyobb, mint az epilepsiában, a hol a legkisebb. Diplegia, hemiplegia, mikrocephalia eseteiben a reactio 20—30%-ban positiv. A vizsgált cretinismus- és myxoedema-esetekben a reactio negativ volt, míg idiotia constitutionalis eseteiben a reactiót 10%-ban positivnek találta.

Ezekből azt a következtetést vonja le, hogy a diplegia-esetekben az esetek egy része nem trauma és asphyxia folytán áll elő, hanem a lues okozta vérerelváltozások folytán.

A kérdés fontossága megérdemelné, hogy vele tüzetesen foglalkozunk.

Ajánlja idiotia eseteiben a kéneső- vagy a jodkúrát; de csak előzetes Wassermann-vizsgálat után, mert e legyengült gyermekeket nem szabad ok nélkül a kéneső esetleges káros hatásának kiten-

nünk. (The Journal of the American Med. Association, LV. kötet, 6. szám. 1910 augusztus 6.)

Bókay Zoltán dr.

Venereás betegségek.

A syphilisnek az Ehrlich-féle 606-os készítménnyel való kezeléséről a közelmúltban Königsbergben esett megint bővebben a szó. A kérdésre vonatkozó előadások és hozzászólások bizonyára a legkimagaslóbb részét teszik a 82. „Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte“ tárgyalásainak. Az Ehrlich-féle gyógykezelés kérdéséről ez alkalommal részben előadás, részben hozzászólás alakjában nem kevesebb mint 32 vizsgálat nyilatkozott. Ezek közül természetesen a legnagyobb érdeklődést a jelenlevő Ehrlich és Neisser előadása keltette. Ehrlich véleménye szerint a „606“ alkalmazásakor az antitestek képződése aránylag könnyen megy végbe. E nézetét különösen arra a klinikai tapasztalásra alapítja, hogy a 606-tal kezelt syphilitis anyák syphilitis csecsemőinek az állapota is feltűnően javul. A javulást az anyatej hozza létre, noha ebben arsint egyáltalában nem, vagy csak nyomokban sikerül kimutatni. A magyarázat csak az lehet, hogy a gyógyítóhatást a csecsemőre nézve a tejben levő antitestek fejtik ki. Bizonyítja ezt a felvételt több szerzőnek az a tapasztalása is, hogy a 606-tal kezelt betegek seruma ugyancsak gyógyítóhatást tud kifejteni más egyének syphilisére. Általában azonban ez a hatás nem bizonyul elegendőnek. Az Ehrlich-szernek a positiv Wassermann-reactióra való hatása kétségtelen, ez ugyanis legtöbb-ször negativvá válik. Olykor azonban a negativ reactio positivra fordul a 606-os injectio nyomán. Ezt Ehrlich úgy magyarázza, hogy ilyenkor a spirochaeták száma kevés ahhoz, hogy a sero-reactio létrejöhessen, a 606-os injectio azonban a spirochaeták feloldására vezet, a minek következtében a felszabadult endotoxinok azután létrehozhatják a positiv reactiót. A Wassermann-féle reactio viselkedése igen fontos a 606-os kezelés elbírálásában. A positiv reactio megmaradása azt mutatja, hogy a beteg nem gyógyult meg. Azon esetben, a mikor a negativvá lett reactio idővel újból positivvá válik, egy újabb 606-os injectio indokolt, mert ez a jelenség recidiva jellegű. A Wertheimer-féle reactiót Ehrlich olyan jelnek tartja, mely a befecskendezett adag elégtelen voltát bizonyítja.

A „606“-os készítmény általában nem veszedelmes szer. Méregtartalmú szer lévén, természetesen körültekintő óvatosságra van szükség. A mérgefogalom mindenkor relativ. Ép szervezetű egyéneknek adva, a „606“ bizonyára sokszorosan veszélytelenebb, mint beteg szervű, leromlott egyéneknek. A több ízben előfordult halálesetek csaknem kivétel nélkül súlyos szervi, főleg idegrendszerbeli elváltozások kapcsán fordultak elő. Ehrlich csakis a jenai esetben ismeri el, hogy a halál oka a szer hatásában rejlett. Ebben az esetben az injectiót savanyú oldattal adták. Az előadó úgy véli, hogy a jövőben leginkább az intravenás és a subcutan injectio kombinálása fog beválni. Az intravenás injectio gyors hatású, a néhány nappal később adott subcutan vagy intramusculáris pedig tartós hatást hoz létre. A dosisra vonatkozólag Ehrlich sem adhat végleges választ. Idegbajosok kezelésekor jó lesz Alt tanácsát megfogadni és a 0·4 gramm adagot túl nem lépni. Egyébként azonban 0·7—0·8 grammig emelhető a „606“ dosisa.

Úgy látszik, hogy a „606“ a syphilisen kívül még néhány más baj ellenében is be fog válni. Így a framboesia, a febris recurrens, a febris tertiana, az álomkór és talán a variola ellenében. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 41. sz.)

Guszmán dr.

Fizikai és diätetikai gyógyításmódok.

Az áfonya a gyógyítótudományban. Winternitz W. ezen értekezésben újból és ismételtten emlékeztet az áfonya kedvező hatására, a melyet számos bajban gyakorol. Annak ellenére, hogy a vaccinium myrtillus gyümölcséből készült forrázatot vagy főzetet ő is, meg mások is különböző bántalmak ellen már ismételve ajánlották, eddig még csak kevesen alkalmazzák. Pedig már több gyár készít állandóan eltartható áfonyakivonatot (Extractum myrtilli Winternitz) és bárki maga is főzhet áfonyait.

Az áfonya kedvező hatása heveny és időszűlt vékony- vagy vastagbélhurut, sőt dysenteria eseteiben már régóta ismeretes.

Hogy mennyire jóhatású ez a szer a nyálkahártyára, azt a szerző phthisikuson, kinek nyelve hámtól fosztott és felette érzékeny volt s a ki e mellett más orvosságos kezelés ellenére csillapíthatatlan hasmenésben szenvedett, szemmeláthatóan tapasztalta. Az illető, a ki az áfonya alkalmazása előtt a fájdalomtól alig birt enni, az extr. myrtilitől, miután lenyelése előtt szájában alaposan megforgatta, rögtön megjavult. Nyelve a szertől fekete lett és érzékenysége tetemesen csökkent, úgy, hogy ezentúl már a tejen kívül mást is birt enni. Hasonló kedvező eredményeket ért el leukoplakia lingualis és buccalis, angina tonsillaris, pharyngitis eseteiben, sőt más nyálkahártyák betegségeiben (vaginitis, metritis, urethritis, lokálisan alkalmazva) is.

Az áfonya besűrített nedve gyorsan megszárad, jól tapad a bőrre és nem izgatja. A bőrre kenve akár hevenyész, akár idősült, nedvedző, seborrhoeás, pikkelyedző és mycotikus eczema eseteiben igen jól és haszonnal alkalmazható. Például eczema ad anum számos esetében a kellemetlen viszketés már egyszeri alkalmazásra megszűnik és az eczema is javul. Az áfonya beszáradt nedve a fájdalmakat lichen urticatus, másodfokú égési seb és gyűjtőértágulások felett képződött felhámhiány eseteiben is csillapítja. Áfonya-főzettel való öblítések acut vagy chronikus coryza ellen is jó eredménnyel alkalmazhatók. Ezen módon sokszor elejét lehet venni a bajnak. Az áfonya fürdő alakjában a vizgyógyítás terén is alkalmazható, mert eczemások ezt a fajta fürdőt sokkal jobban tűrik, mint a közönségeset. (Az áfonya a száj-, torok- és bélesatorna bajai esetén az étrend keretében is igen jól alkalmazható, oly módon, hogy áttört áfonyaizt adunk a húsétel vagy kása-féle mellé. Ref.) (Zeitschrift f. Balneologie, 1910. 13. füzet.)

Lenkei V. D. dr.

A hevenyész és idősült mellékheregyulladás kezelése gyenge galvánárammal. Becker (Frankfurt a. M.) másoknak — főként Scharff és Winkler-nek — ajánlására a czimben említett bajt 3 éve galvánárammal kezelte és ezen kezeléshez, mivel jó eredménnyel jár, hű is maradt. 24 esete közül — chron. epididymitis duplex két esetét kivéve — valamennyiben gyors és feltűnő gyógyulást ért el. Az említett két kivételes esetben positiv Wassermann-reactiót kapott és a baj csak Leduc-féle áramokra és anti-luéses kezelésre gyógyult.

Minden esetben lehetőleg azonnal megkezdte a gyuladt mellékherének galvánárammal való kezelését. A beteg helyre kétoldalt közepes nagyságú electrodot helyezett és rajta 4—5 percig 0.2—0.5 M. A.-es áramot bocsátott át. Ezt az első 2—4 napon naponként tette, később csak másod-ötödnaponként. A betegség lefolyása a következő volt: a fájdalom az első 24—36 órában némileg fokozódott vagy legalább is nem csökkent, a második vagy legkésőbb a harmadik napon megszűnt és ekkor már csak megnyomásra jelentkezett. Ezzel egyidőben a duzzadás is csökkent és a beszűremkedés keményebbé vált. De ez utóbbi a galvánózás további folyamán nyomtalanul felszívódott. A villamos kezelést az egyes esetekben 4—9-szer kellett végezni. A munkaképtelenség 0—3, átlagban két napig tartott. A duzzadás 5—8 nap alatt szűnt meg, az utolsó nyomok pedig 8, legfeljebb 14 nap alatt tűntek el. A betegek e mellett még orvosságos kezelésben is részesültek és felmelegedő borogatásokat kaptak. Ez utóbbiakat még a villamos kezelés befejezése után is alkalmazták. Megjegyzendő még, hogy a galvánáramnak az ondózinórt is érnie kell, mert a fájdalmak csak az utóbbinak javulásával szűnnek meg. (Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie, 1910. 7. füzet.)

Lenkei V. D. dr.

Fülörvostan.

A genyes meningitisek gyógyítását célzó agyüregi öblítésről számolt be I. Stoddart Barr a brit orvostársaság fülészeti szakosztályában. Betege tizenöt éves fiú, ki baloldali chronikus fülgyógyedése következtében purulens lepto-meningitist kapott a legkifejezettebb tünetekkel. A lumbalpunkcio folyadék a zavaros, genyes volt, streptococcussal teli. Radikális fülműtét történt, majd ismételt lumbalpunkcio és anti-streptococcus-serum adagolása, de semmi sem segített s a fiú haldoklott, a mikor Barr a majmokon kipróbált módszere szerint az agyüregek átöblítését végezte. A jobb oldalára fektetett fiún chloroform-narcosis közben lumbalpunkciót végzett s a canulet bennhagyta. Ezután bal fülle

felett és mögött körülbelül egy koronásnyi nyílást trepanált, a melyen át vastag trocaros canulet szűrt a bal oldalkamarába. Innen erős nyomás alatt ömlött a zavaros liquor, a pulsus 130-ról hirtelen 100-ra esett s a Cheyne-Stokes-féle légzés megszűnt, a beteg nyugodtan lélekzett. Ezen felső canulet gummicsővel egy irrigátorral kötötte össze, s 37 C°-os physiologiai steril konyhasóoldatot engedett az agykamarába. A folyadékot carbol-fuchsinnal festette meg, s így alig néhány másodperc múlva észlelte, hogy a lumbalpunkcio canuleján genyes pelyhekkkel telt megfestett folyadék ömlik át. A fej felett egy lábnyira tartott irrigatorból egy órán át mosta az agyüregeket s 10 cm³ anti-streptococcus-serummal is átöblítette. A beteg jól tűrte a beavatkozást, s utána is elég jól volt, de 14 óra múlva meghalt.

A pontos agyboncsoláskor kiderült, hogy a folyadék a ventriculus lateralisból a Monro-féle nyíláson át a III. kamarába, innen a IV.-be, majd a Magendie-féle nyíláson s a 2 oldalnyíláson át a subarachnoidális ürbe jutott. Festve volt az egész cerebello-medullaris s az interpeduncularis tér felfelé a Sylvius-féle árokig, s az egész temporo-sphaenoidális lebeny is. A kísérlet mindenesetre megmutatta, hogy az agyüregek átmosása kivihető élön; más kérdés, hogy mikor, milyen oldattal indikált. A dolog egészen új lévén, nem szólt hozzá senki. (The Journal of Laryngology, 1910, október.)

Rejtő Sándor dr.

A gyermekek fültuberculosisáról irt igen értékes tanulmányt William Milligan (London). Vizsgálatai alapján a gyermekek középfülgyógyedésének 20%-át tartja gümőkóros eredetűnek, ellenében Pollitzer eredményeivel, a ki szerint az elsődleges gümőkóros fülgyógyás ritka. A kérdés éppen nem akademikus, úgy a gyógyítás, mint a kórjósítás nézőpontjából nagyon lényeges, s hozzájárul még ehhez sociális fontossága is. Milligan szerint míg a felnőtteken a lélekző szervén át történik a legtöbb gümőkóros fertőzés, addig a gyermekkorban a tápláló csatorna a tuberculosis-fertőzés leggyakoribb útja, még pedig a fertőzött tejjel. Erős argumentum van a szerzőnek F. W. Jones vizsgálataiban (An Anatomical Inquiry into the Pathway of Tuberculous Infection), a ki a ductus thoracicus szerepét mutatta ki a tüdőcsústuberculosis és esigolyacaries előidézésében. A középfülgyógyedések tuberculosis eredetűre jellemző klinikai tünetek, mint a baj fájdalom nélküli kezdete, a többszörös dobhártyaperforatio, a periauricularis mirigyek gyors megduzzadása, a n. facialis paralisise, sokszor elegendők a diagnosishoz, de azért gyakran kell a bakteriologiai és szövettani vizsgálat mellett a specifikus reakciókhoz (Pirquet) is fordulnunk. A gyógyításkor első sorban a megbetegedett adenoid vegetatiók vagy tonsillák eltávolítását kell elvégeznünk, de azután sem szabad megelégednünk a helyi kezeléssel, hanem az általános erősítő eljárásokra kell fektetnünk a súlyt. Az ilyen beteg az iskolából is kitiltandó. A prophylaxisban az általános követelt elveken kívül a csecsemők helyes táplálására, jó, egészséges tej termelésére kell törekednünk. Az államnak feladata erről gondoskodni. (The Journal of Laryngology, 1910, október.)

Rejtő Sándor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A rák felismerésére új subcutan próbát ismertetett Mosse a berlini orvosegyesületben. A próbára amerikai szerzők hívták fel a figyelmet. Lényege az, hogy egészséges ember megmosott vörösvérsejtjeinek suspensióját a bőr alá fecskendezve, rákos egyénekben az illető bőrterületnek sajátos színeződése áll elő, a mennyiben 6—8 óra alatt vörösesbarna vagy kékes szín mutatkozik, a mely később zöldessé válik; egészséges egyénekben nem mutatkozik ez a színeződés. Az előadó két betegen be is mutatta ezt a reakciót. Az előadást követett discussio alkalmával Wolfsohn megjegyezte, hogy tapasztalatai alapján nem tarthatja specifikusnak ezt a reakciót, a mennyiben 3 olyan esetben is kapott positiv eredményt, a melyben a később megejtett boncsolás rossztermészetű daganat nyomát sem mutatta. (Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 43. sz.)

Epithelioma gyógyulását érte el Heil 30%-os H₂O₂-vel (peroxygenol). Az alsó szemhéj táján levő epitheliomát összesen 6-szor erőlesen edzette fapálczikára csavart vattába mártott peroxygenollal. A daganat helyén sima, szép heg látható; 1 1/2 óv óta nincs recidiva. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1910. 16. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1910. 5. füzet. *Korányi Sándor* és *Elischer Gyula*: A szív teleröntgenographiája működésének tetszés szerinti phasisaiban. *Fejes Lajos* és *Kentzler Gyula*: Adatok a paroxysmalis haemoglobinuria kórtanához. *Királyfi Géza*: Kísérleti adatok a tuberculin-anaphylaxiához. *Mansfeld Géza*: A szív mozgási acceleratiójának oka.

Gyógyászat, 1910. 45. szám. *Ferenczi Sándor*: A hypnosis és suggestio psychoanalysise. *Alexander Béla*: Adatok a húgyszervek x-sugaras vizsgálatához.

Orvosok lapja, 1910. 45. szám. Eredeti közlést nem tartalmaz.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 45. szám. *Siklóssy Gyula*: A glaukoma gyógyítása.

Vegyes hírek.

Nyílt levél az Orvosi Hetilap t. szerkesztőségéhez. Az 1899 szeptemberben Budapesten tartott nemzetközi gyermekvédő congressuson előadást tartva „Az újszülöttek helyzetéről szülőházak és klinikák”, a következőket mondtam: Nagyon kevésbe kerülne, ha minden szülészeti kóroka készítené más nyomtatványai mellett — hiszen ez alig jár költséggel — egy rövid utasítást, mely az életbe kilépő anyát tájékoztassa nemcsak a szoptatás módjáról, de a mesterséges táplálás, vagy dajkaságba kiadás veszélyeiről; a mely utasításban benn foglaltatnék, hogy ha mesterséges táplálást akar vagy kénytelen gyermekénél megkezdeni, hogy teheti ezt czélszerűen, milyen szopóüveget, milyen szopókát használjon, stb. (Orvosi Hetilap, XLIV. évfolyam, 19—22. sz.)

Mintán ez előadásom a budapesti egyetem II. számú szülő és nőbeteg kórodájáról került ki, közlés előtt kötelességszerűen Tauffer tanár úrnak, a klinika főnökének is megmutattam s egyúttal kértem e gondolat megvalósítására. Tauffer professor úr a gondolatot helyesnek találta, de szükségesnek látta kiegészítést a terheseknek és gyermekágyasoknak adandó utasításokkal. Említette, hogy mint a bábaügy kormánybiztosa, az utasítást a ministerium által fogja kiadni és „természetesen a maga részét előbb Bókay professor úrnak fogom megmutatni”, a mit én tisztelettel tudomásul vettem. En ez utasítást megírtam és Tauffer professor úrnak átadtam. Minthogy ez utasítás két évvel később, 1902-ben jelent csak meg, s így én a magam szövegére nem emlékezhettem pontosan: minthogy a mai napig senki sem figyelmzettett arra, hogy szövegemet Bókay professor úr a magáéval helyettesítette, jöhiszeműen hittem a mai napig, hogy az „Utasítás” e részének nemcsak gondolata, de szövege is tőlem ered.

Budapest, 1910 november 9.-én.

A tek. szerkesztőség kész híve
Berend Miklós dr., docens.

Kinevezés. Székely Dezső dr. hátszegi orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, Reikóvits Artur dr.-t a máramarosszigeti, Stauber Andor dr.-t az aradi, Herman Károly dr.-t a szabadkai közpórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. Hajdú Béla dr.-t Jászalsószentgyörgyön körorvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztott a belklinikához II. tanársegédnek *Acs Nagy István* dr. (újráválasztás), gyakornoknak *Purjesz Béla* dr. (újráválasztás) és *Haliczan Gyula* dr.; a szemészeti klinikához *Demand Antal* dr. és *Negrilla Valér* dr. gyakornoknak; a bőr- és bújakórtani intézethez I. tanársegédnek *Geber János* dr., gyakornoknak *Kabdebo Antal* dr.; a sebészethez *Balog Artur* dr. műtőnővendéknek; élettani tanársegédnek *Muszka Péter* dr.; élet- és körvegytani tanársegédnek *Jakobi József* dr.; szülészeti és nőgyógyászati II. tanársegédnek *Blazsek Emília* dr., gyakornoknak *Büchler Dezső* dr.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület szeptemberben 1503 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1186 szállítást végzett, 218-szor mint mozgóórszék szerepelt és 34-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A szeptember havi működési főösszeg tehát 2941.

A budapesti poliklinika rendelésein októberben 4294 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,281 volt.

Meghalt. *Schulz József* dr. bánffyhungyadi orvos 36 éves korában október 31.-én. — *H. Lossen* dr., az orthopaedia kiváló művelője, Darmstadtban. — *E. Lancereaux* dr., párisi gyakorló orvos és egyetemi agrégé, 81 éves korában. Az elhunyt nevét széles körben ismertté tette nagyszabású irodalmi működése által a kórboncolástan, általános kórtan és belorvostan terén. Ő írta le először 1877-ben a diabetes azon alakját, melyet a hasnyálmirigy megbetegedése okoz.

Kiseb hírek külföldről. Odessában női orvosi főiskola nyílt meg. — *V. Ascoli* dr. római magántanár Paviában a gyermekorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — *H. Steiner* dr. magántanár Lipcsében rendkívüli tanár lett.

Nothnagel tanár emlékszobrát október 29.-én leplezték le a bécsi egyetem arkádus udvarában. A leplezés előtt emlékünnepe volt az egyetem dísztermében, melyen megjelent sok notabilitáson kívül a miniszterelnök is s melyen az ünnepi beszédet Jaksch prágai tanár mondotta.

A nemzetközi epilepsia-ellenes liga első évi közgyűlését, melyen az országos magyar bizottságot ennek 2. titkára, *Fischer Ignác* dr., törvényszéki pszichiater képviselte, október 3—7-éig Berlinben tartotta meg *Tamburini* tanár (Róma) elnöklésével. Elhatározta, hogy *Friedländer* tanárt (Hohemark) és *Vogt* tanárt (Frankfurt) megbizza egy kérdőív szerkesztésével, mely a legfontosabb gyakorlati és elméleti szempontokat felöleli és melyet a statisztikai felvétel foganatosítása czéljából a nemzeti bizottságok delegátusainak minél előbb megküld. A liga állandó bizottságának székhelye a nemzetközi congressusok bureauja Hágában (titkára *Burger H.* tanár Amsterdamban). A liga tagja lehet mindenki, (nem orvos is), a ki az epilepsia kérdése iránt érdeklődik. Az évi tagsági díj 10 márka, a melyért azonban a tagok a liga hivatalos folyóiratát („Epilepsia”, kiadója *Johann Ambrosius Barth*, Leipzig, előfizetési díja évenként 18 márka) ingyen kapják. A liga következő évi gyűlését Zürichben tartja meg, a hol a nemzetközi statisztikai felvétel eredményeit közzé fogják tenni. A liga elnökül ismét *Tamburini* tanárt választották, alelnök lett *Donath Gyula* (Budapest), 1. titkár *Muskens J.* (Amsterdam, Overtoom 365), 2. titkár *Claus* (Antwerpen), *Ferrari* (Bologna), *Hobold* (Wuhlgarten-Berlin), *Marie* (Páris), *Ulrich* (Zürich), *Urstein* (Varsó-Berlin), pénztáros: *Meiner* (J. A. Barth czég, Leipzig).

Lysochlor, a chlor-meta-kresol 50%-os oldata. Dr. Laubenheimer vizsgálatai szerint, a mely vizsgálatok újabban Magyarországon is meg lettek erősítve, a lysochlornak ugyanazon töménységű oldata, másfélszeresen mulja felül a sublimat oldatát bakteriumölő hatására nézve, a nélkül, hogy mérgező hatást fejtene ki. Eredeti 50, 100, 250, 500 és 1000 gm.-os üvegekben kerül forgalomba és alkalmazása 0.5%-os oldatban történik.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physiotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, kösvény, csúsz, idegzsábák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Erelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bérulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyörbülések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymozdók.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűs. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: REH BÉLA dr.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Tamássy Park-sanatoriuma Dunaharasztiiban (Budapesttől villamosközlekedés). Külön osztály vérhajosok, húgyszervi megbetegedésekben szenvedőknek. Főorvos: Stossmann Rudolf dr., sebész urológus

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrássy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, gőreső, bakteriologiai (Wassermann-féle luesreakció) orvosi laboratóriuma.

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FÁSOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2052

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XX. rendes tudományos ülés 1910 október 29.-én.) 831. l. — Közkórházi Orvostársulat. (IX. bemutató szakülés 1910 október 5.-én.) 833. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes tudományos ülés 1910 október 29.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos. Jegyző: Rotter Henrik.

Haladás a cholera tanában.

Preisz Hugó: Az immunitástani reakciók ismerete óta a cholera bakteriologiai körjelzése sokkal biztosabb alapokra van fektetve, mint régebben volt. Alig ismerünk más vibriókat, a melyek ezen reakciókat (az agglutinációt, a Pfeiffer-féle serumkísérletet) éppen úgy adnák, mint a cholera vibriója. Bár a kétségtelen cholera-esetekből származó vibriók sem mindig teljesen megegyezők, mégis a bakteriologus az immunitási reakciók nélkül valamely vibriót nem ismerhet el cholera vibrióknak.

Az utóbbi években Európában szerzett tapasztalatok szerint is a cholera terjesztésében a folyók vize jelentékeny szerepet játszott; az észlelők egyhangúlag feljegyzik, hogy a betegség főleg ott terjedt el, a hol a folyók vizét itták. Ki is mutatták a cholera vibrióit a Néva, Volga, Donecz, Pejho, Duna vizében. Szent-Pétervárott a Néva szüretlen vizében a vizsgált próbák 19%-ában, a szűrt vízben pedig azok 13%-ában találták meg a cholera bakteriumait, utóbbi lelet a víz rendkívüli szennyezettségére és a szűrőművek tökéletlenségére mutat.

Érdekes, hogy a vízből kitenyésztett vibriók olykor nem bírtak az igazi cholera vibriók sajátjaival, de továbbtenyésztés vagy állatpassageok folytán megszerezték azokat. Viszont tapasztalták, hogy kétségtelen cholera vibriók vízben való tenyésztés folytán agglutinálhatóságukból sokat veszítettek. Kétségtelen e szerint, hogy a cholera vibriója, úgy mint más bakteriumokról is ismeretes, variálásnak alávetve a viszonyok változása szerint.

Járványtani szempontból fontos annak a felismerése, hogy a cholera vibriója nemcsak kigyógyult, de egészséges emberek belében is jelen lehet napokon, sőt két héten át vagy még tovább. Bár az ilyen vibrióviselők vibriói nem éppen a legvirulensebbek, s bár az ilyen egyének kevésbé hintik el környezetükben a cholera csirákat, mint a cholera betegek, egészen kétségtelen, hogy ők is terjeszthetik a betegséget. Betegek környezetében 5–7%, de még sokkal több ilyen bakteriumviselő is lehet, kik részben teljesen egészségesnek látszhatnak.

A csirákat terjeszthetik a legyek is, a melyekről be van bizonyítva, hogy bennük a vibriók napokig élve maradhatnak, és hogy tápszerekbe a vibriókat beolthatják, a mi nagyon fontos, ha meggondoljuk, hogy nyári melegben a vibriók ily anyagokban már néhány óra alatt nagyon elszaporodhatnak. A gyomornedv sósavtartalma nem védi meg az embert oly mértékben, mint régebben hitték. Újabb vizsgálatok szerint ugyanis a gyomor tartalmának vibrióölő képessége nemcsak a sósav töménységétől, hanem azoktól az anyagoktól is függ, a melyek kivüle jelen vannak. A próbaevés után kiszívott gyomortartalom 0.2%-os sósav jelenléte mellett is sokkal lassabban (40–60 perc) öli el a vibriót, mint csupán vízivás után kiszívott és csak 0.03%-os sósavat tartalmazó gyomornedv. Pepton, fehérje, nyálka jelenléte erősen csökkenti a gyomornedv vibrióölő képességét. Érdekes témája a járványtannak az a kérdés, hogy miben áll a cholera járványoknak sokszor tapasztalt téli remissiója. Sok körülmény tudja értelmezni a cholera-nak télen át való alábbhagyását vagy teljes kialakását, ilyenek a folyóvizek csökkent használata úgy ivásra, mint fürdésre, hajózásra, az alacsonyabb hőfok, mely a vibriók elszaporodásának nem kedvez sem a vízben, sem egyéb anyagokban, az emberek kevésbé élénk forgalma és érintkezése, a nyers gyümölcs élvezésének nagymértékű redukálódása és még egyéb körülmények is. Ha azonban a cholera csirái egyes emberekben vagy anyagokban élve maradnak télen át és főleg ha a melegebb évszakban az emberi testen kívül is újból élénkebben elszaporodhatnak és arra való viszonyok között viru-

lentiájukban is megerősödnek, akkor a járvány újból föléledhet. Cholera belsárban egyébiránt a vibrio 3 hónap tovább életben maradhat.

Megfejtésre vár még az a kérdés, hogy nálunk a cholera kialakásakor vajjon mi történik a vibrióval, végképpen kihal-e, vagy pedig elvesztvén virulentiáját, ártalmatlan vibrióvá lesz-e, a mely a mi éghajlatunkban nem nyerheti többé vissza kórnemző tulajdonságait. Éppen oly fontos volna tudni, hogy vajjon ott, a hol a cholera endemiás betegség, a vibrio állandóan hol él, vajjon emberekben, avagy azokon kívül.

A cholera elleni serumtherapia eddig azon szenvedett hajótörést, hogy a serumok ugyan ölik a vibriókat, de ezzel a fertőzött szervezet nem szabadul meg a vibriókban foglalt mérgező természetű anyagok hatásától, az antitoxikus hatásuaknak odaállított serumok pedig szintén csak vibrióölőnek bizonyultak. Ezzel szemben a choleraellenes védőoltás előtt vibriókkal az újabb tapasztalatok szerint is eredményesnek mutatkozott. A cholera-nak jelenlegi elterjedését illetőleg a hazánkat feltüntető térkép mutatja, hogy mennyire a Duna folyásához tartotta magát a járvány, s tekintve a fertőzött községek meglehetősen nagy számát, erélyes beavatkozásra van szükség, ha a tél elmúltával nem akarunk kellemetlen tapasztalatokra ébredni.

Az előadottakból látható, hogy a cholera tanában meg van ugyan fejtve a Pettenkofer-féle nagy X, de járványtanának részletkérdéseiben még több X várja jövő kutatásoktól a megfejtését.

A cholera jelenségei, diagnosisa s gyógyításmódjai.

Gerlóczy Zsigmond: A cholera-t, még kifejezett esetekben is, a klinikai symptomák alapján egész határozottsággal az a gyakorló orvos, a ki cholera beteget sohasem látott, csak járvány idején tud diagnoszkálni. Ezért helyénvaló, hogy most, a mikor országunkban helyenként járványosan, de egészben véve csak szóróványosan mutatkoztak az ázsiai cholera esetei, összefoglaló képét adjuk az ázsiai cholera-nak; helyénvaló ez annyival is inkább, mert számolnunk kell azzal az eshetőséggel, hogy a jövő tavasszal vagy még inkább nyáron komolyabb veszedelem fenyegetheti fővárosunkat és egész országunkat és mert orvosi karunk fiatalabb tagjai a betegséget csak leírásból ismerik. Olyan egységes képét adni a betegségnek, a mely minden egyes esetre alkalmazható volna, nem lehet. Legállandóbb és legelső jelensége a cholera-nak a *hasmenés*. Egészen ritkák az olyan esetek, a melyek *rögtönösen* minden symptomáját mutatják a legsúlyosabb cholera képének, a melyekben a halál a vehemens fejlődő hasmenés és hányás beköszöntésétől számított néhány óra alatt következik be. Többször napokkal, sőt néha már hetekkel megelőzi a hasmenés a voltaképpeni cholera-megbetegedést, máskor pedig az első hasmenésekkel szinte egyidőben jelennek meg a cholera egyéb symptomái is. Az első székürülések hígak, epésen festékesek, bennük ételmaradék és nyálkacszafatok láthatók, szaguk faeculens. Profusabb hasmenés mellett a székürülés csakhamar elveszíti a színét, mert egyre vizesebb lesz, zabliszt pépjéhez hasonlít, majd *rizslészerűvé* válik. Már a rizslészerű is elveszíti belsárszagát, a savószerű pedig jóformán egészen szagtalan. Sokszor egészen súlyos esetekben is hiányozhatik a rizslészerű ürülék, különösen a mikor a hasmenés mérsékelt, sőt a halál is bekövetkezik, még mielőtt rizslészerűvé válhatott volna a bélürülék. Sőt hamarosan meg is szűnhetik a hasmenés a nélkül, hogy a beteg állapotában a legkisebb javulást is észre lehetne venni. Ilyenkor ugyanis a belek hűdése következtében nem ürül ki azok tartalma s a has gyenge ütögetésére is élénk loecsanás jelzi azt, hogy a beleket bőven tölti ki híg folyadék. Ezután az ürülék fizikai és kémiai tulajdonságait, valamint mikroskopi képét ismerteti az előadó. *A véres székelés rossz jel*, sőt a mikor minden székürülésben található vér, a halálos fordulat csaknem bizonyosra vehető. A második jellegző tulajdonsága a cholera-nak a *hányás*, a mely csakhamar követi a hasmenést. Az eseteknek mintegy 10%-ában teljesen

hiányzik. Egészben véve a gyakori és bőséges hányás nem kedvezőtlen jel, viszont a hányás hirtelen megszűnése rossz omen. Koch a rizslészerű hányadékokban is megtalálta a kómmabacillusokat. A heves hasmenés és hányás csakhamar kiváltja a cholera harmadik symptomáját, a görcsös izomfájdalmakat, a melyek a lábikrákban a legélenkebbek, de úgyszólván alig van a testnek valamely része, a melyben a beteg ne érezne fájdalmakat. A nagy nedvesztés okozza a bőr rugalmasságának rohamos csökkenését, a test lehűlését, a vérkeringés nagy zavarait, a cyanosist, az anuriát, a dispnoét. Kifejlődik a cholera algid stadiuma, illetőleg asphyxiás szaka.

A teljes anuria uraemiás jelenségekhez vezet. Általában 3 napnál tovább tartó anuria után a gyógyulásra való kilátás kevés. Gerlóczy észlelt 3 olyan esetet, a melyben az anuria 4, 4½, sőt 5 napig tartott és a beteg fölgyógyult. Ángyán-nak három olyan betege volt, a ki 5 napig tartó anuria után meggyógyult. Gerlóczy-nak egy esetében 9 napig tartó teljes anuria után következett csak be a halál. Gyógyulásra forduló esetekben a diuresis rövid pár nap alatt magasra emelkedik és közönségesen az anuria megszűnése után való 4—5. napon éri el a tetőfokát 3—4 liternyi napi mennyiséggel. Volt betege, a ki a diuresis tetőfokán napi 14 liter vizeletet ürített. Az anuria megszűnése után ürített vizeletben majdnem kivétel nélkül van több-kevesebb fehérje. Ismerteti a vizelet kémiai magatartását. A test hőmérséke a betegség kezdetén nem mutat változást, a profus hasmenések idején leszáll mélyen a normális alá, 35 C°-ra, 34 C°-ra, sőt 33 C° alá is. A hónalji hőmérsék erősen subnormális lehet s a mellett a végbél hőmérséke lázas temperaturát mutathat, 39 C°-ot és azon felül is. Kivételesen van a cholera hyperthermiás alakja is. Ilyen eseteket leginkább Indiában észleltek. Nem tévesztendő össze ez a reactiós hőemelkedésekkel, a cholera typhoid időszakában észlelhető lázas hőmérsékekkel. Gerlóczy a maga észleléseivel megerősíti többeknek azt az észlelését, hogy a cholera elhaltak hőmérséke a halál után emelkedik. Voltak esetei, a melyekben a halál után még 2 óra múlva is 42.7 C°-ra ment föl a hőmérő. A cholera typhoid szakában exanthemák is észlelhetők. A diagnosis szempontjából értékes symptoma a vox cholericus, a mely a teljes aphoniáig fokozódhatik. A középponti idegrendszer részéről leginkább csak a reactiós időszakban, a typhoid stadiumban észlelhetők jelenségek, úgymint: deliriumok, psychosis, sopor, csuklás, contracturák.

A cholera gyógyításáról ma még alig beszélhetünk, inkább csak gyógyító eljárásokról, kísérletekről szólhatunk. Ha egyik-másik eljárásnak kedvező hatását látjuk is a symptomák visszafejlődésében, a végeredmény most is csak az, mint régebben volt. A halálozás arányszáma általában meghaladja az 50%-ot. Ha itt-ott kisebb vagy nagyobb a halálozás arányszáma, azt nem annyira a gyógyító eljárásoknak tulajdonítja, mint inkább a járvány kiterjedésében keresi a magyarázatát. Kisebb járványok idején sok enyhe cholerahasmenés nem is kerül észlelés alá, s csak a súlyos esetek lesznek ismertté, ezért szokik föl olyankor a halálozás arányszáma. Innen van, hogy a járvány kezdetén óriási a halálozási arányszám. 1892-ben Budapesten a kórházba beszállított húsz első cholera beteg közül 19 halt meg, nyilván az enyhe esetek fölismeretlenül maradtak. Az idén Budapesten csak 10 esetben állapították meg bakteriologiai alapon a cholera és azok közül csak egy gyógyult meg.

Nagy szerepe van a therapiás beavatkozások értékének megítélésében a gyógyítás alatt állott betegek korának. Minél több a fiatal korban levő, annál kedvezőbb eredmény várható. 1892-ben Gerlóczy a 11—15 éves korban levő algid stadiumbeli choleraások között 66.7%-o gyógyulást talált. A 16 és 20 éves korban levőknek már csak 34.7%-o gyógyult, a 30—40 éves korban levőknek 22%-o, az 50—60 éves korban levőknek pedig csak 13.9%-o. A 60 éven felül levő cholera beteg közül már egy sem gyógyult meg. A gyógyítás igyekezete a cholera-vibrio fölismerése óta az volt, hogy egyrészt tönkretenni iparkodtak magukat a vibriókat és közömbösíteni azok mérges termékeit, másrészt pedig az életet fenyegető egyes symptomákat iparkodtak elhárítani. Az első indicatiónak mindezekig nem tudunk eleget tenni és így a cholera gyógyításában előtérben áll az a törekvés, hogy a hányás és hasmenés okozta tetemes vízvesztésnek a szervezetre gyakorolt káros hatását minél gyorsabban elhárítsuk. Per os nagymennyiségű folyadéknak a szervezetbe való bevitele a folytonos hányás miatt eredményre nem

vezethet, sőt a meg-megújuló és kimerítő hányás-inger miatt az ilyen eljárás egyenesen kárára van a betegnek. Ezért a kinzó szomjúság ellen csak kanál száma adjunk vizet, ásványvizet avagy limonádét. Úditóleg hat a betegre apró jégdarabkák szopogatása; alkohol nagyobb adagolása határozottan káros. Jó eredménnyel járt némely esetben az allylsulfid adagolása, a mely Pertik tanár vizsgálata szerint antimycosisos hatást fejt ki. Ángyán 46 cholera-roham esetében alkalmazta és 63%-o gyógyulást ért el az algid stadiumban; Gerlóczy 11 algid stadiumban levő betegnek adta és gyógyulási %-a 72.8 volt. Az allylsulfidot belsőleg emulsióban és csőrökben használták. Gerlóczy később 4 igen súlyos esetben subcutan adta az allylsulfidot, ezek közül 1 meggyógyult. Azt tapasztalta, hogy az allylsulfiddal gyógyított betegek diuresise gyorsan megindult és még a lethalissá vált esetekben is az anuria rövid idő múlva megszűnt. A mi a Cantani-tól ajánlott tömeges bélbeöntéseket illeti acidum tannicum 2%-os oldatával, azokról úgy Ángyán, mint Gerlóczy kedvezőtlenül nyilatkoztak. A halálozás 70%-o körül volt. Igen súlyos esetekben a subcutan és intravenosus sóinfusiák alkalmazása könnyít a betegek szenvedésén, a mennyiben a cyanosis csökken, a pulsus javul, a dispnoé enged. Az infúzióra szolgáló folyadék 1 l. sterilizált dest. vízben 4.0 gramm konyhasót és 3.0 gramm Natr. carbonicumot tartalmaz; ezt a folyadékot 40 C° hőmérsékre melegítve juttatjuk a has bőre alá 1—1½ l. mennyiségben, alkalmas fecskendővel. Annak ellenére, hogy az infúzióknak jó hatását látjuk, Gerlóczy eseteiben a súlyos betegek halálozási arányszáma 89.9%-o volt. Physiologiai konyhasó-oldattal sem ért el jobb eredményt. Halálozási arányszáma 90%-o volt. Ángyán 1892-ben intravenosusan 9 súlyos esetben alkalmazta a sóinfúziót. Noha a pillanatnyi hatás igen kedvező volt, mind a 9 betegek meghalt. A cholera-serumokkal sem sokkal kedvezőbbek az eredmények. A legtöbb észlelő, ha látott is javulást, kiemeli, hogy súlyos esetekben a serum semmiképpen sem befolyásolta a gyógyulás eshetőségeit.

Gerlóczy röviden abban foglalja össze a cholera gyógyítására vonatkozó eljárások értékét, hogy ma még nem tudjuk gyógyítani a cholera-t. Az orvos igyekezete tehát csak az lehet, hogy a cholera-nak oly súlyos alakban való kifejlődését, a melylyel szemben már jóformán tehetetlenül áll, megelőzze. Cholera idején minden hasmenést, minden emésztési zavart gyanús szemmel kell néznünk és ezért a helyes diaetás eljárás, valamint a hasmenés megszüntetése a leglényegesebb. Ma már általában helytelennek tartják, hogy hashajtókkal igyekeznek némelyek a toxikus anyagokat eliminálni, mert a belek izgatása könnyen a cholera legsúlyosabb stadiumát idézheti elő. A kinzó lábikra-görcsök és egyéb izomfájdalmak ellen legjobbak a 40 C° hőmérsékű mustárlisztes fürdők. A védőoltásra vonatkozó irodalmi közlések sem járnak sok biztattással, mert a beoltottak közül is többen megkapták a cholera-t, sőt több mint 40%-uk meg is halt.

Gerlóczy előadása végén nagy nyomatékkal hangsúlyozza a prophylaxist és élesen bírálja közegészségügyünk elmaradottságát. Tart attól, hogy a jövő tavasszal vagy nyáron kiújul a cholera és nagyobb bajt csinálhat. Elítélően szól arról, hogy a belügyminisztérium közegészségügyi osztálya élén nem szakember áll és nem nyugtatja meg az sem, hogy a nem szakvezető mögött ott áll az Országos Közegészségügyi Tanács, melynek véleményére úgylátszik nem voltak kíváncsiak akkor, a mikor Chyzer halála után az osztályvezetői állás betöltése aktuálissá vált. Az ország orvosainak kötelessége, hogy a cholera kérdését napirenden tartsák, mert nagy veszedelem származhatik abból, ha a cholera téli pihenése alatt a hatóságok is pihennének.

Vas Bernát: A mai alkalom nem szolgálhat arra, hogy a székesfővárosi bakteriologiai intézet működéséről beszámoljak, de mivel Preisz tanár szíves volt megemlíteni, hogy az intézetnek sikerült a Duna vizében a cholera-vibriót kimutatni, erre vonatkozólag bátor vagyok a következőket megjegyezni:

Budapesten az első cholera megbetegedés szeptember hó 10.-én a Szondy nevű hajón fordult elő. Ez a hajó ugyanazon napon a lágy-mányosi holt Duna-ágban helyzetett el quarantainebe és a vizsgálathoz a vízpróba közvetlenül a hajó közeléből szeptember hó 15.-én vétetett. Ebből a vízből a szokásos eljárásokkal egy vibriót lehetett kitenyészteni, mely úgy morphologiai, mint biologiai sajátosságai alapján kétségtelenül a cholera asiatica kórokozójának felelt meg. Az agglutinációs próba (1:20,000 hígításban) és a Pfeiffer-féle kísérlet (20 perc múlva) pozitívnak bizonyult.

Nagyon nagy gyakorlati fontossággal bír az a kérdés, hogy a Duna vízében kimutatott cholera vibrió meddig tudja életképességét megtartani, nevezetesen, hogy áttelelhet-e és tavasszal újabb infekcióknak lehet-e okozója. Észleletek és laboratóriumi kísérletek mutatják, hogy a cholera vibrió hosszú ideig még nagy hidegben is életben maradhat, így 0° alatt tartott víznek iszapos üledékéből a cholera vibrió még négy hónap után is kitenyészthető volt. A laboratóriumi kísérletek azonban nem adnak teljes felvilágosítást a természetes viszonyokról. Így valószínűséggel állítható, hogy folyóknak felületi részében a napsugarak behatása, a magasabb hőmérsék, különböző protozoonok és mindazon tényezők behatása alatt, melyek a folyóvizek öntisztulását okozzák, a cholera vibriók rövidebb idő alatt elpusztulnak, de másrészt nem zárható ki annak a lehetősége, hogy a leülepedő iszapba jutván, ott a rájuk kedvezőbb viszonyok mellett áttelelhetnek és így tavasszal esetleg újabb infekcióknak lehetnek okozói.

Ezt szem előtt tartva, csak helyeselni lehet a hatóságok abbeli rendeleteit, melyekkel a közönséget a Duna jegének használatától eltiltják.

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1910 október 5.-én.)

(Folytatás.)

Az „Ehrlich“-szerrel való gyógykezelésről.

Havas Adolf: Ezen nemcsak az orvost, hanem az egész emberiséget rendkívül érdeklő kérdésben már ez év augusztus havában az „Orvosi Hetilap“ 35—36. számában előzetes jelentést tettem. Kötelességet vélek teljesíteni, ha ma, midőn a gyógyszer már a legrövidebb idő alatt az általános praxisba beviszik, róla mint illetékes fórum előtt e társulatban is jelentést teszek.

Jelentéstételemben különösen a saját tapasztalataimra fogok támaszkodni.

A gyógykezelés tárgyát eddigelé 52 kiválasztott eset tette. Az esetek a lueses megbetegedés különböző szakjaiból valók. Így *ulcus lueticum primarium*, *roseola*, *papula syphilitica* (recens és recidivans), *pustulosus*, *gummosus*, *ulcerosus* és *malignus syphilis*, részint zsigérmegbetegedés, a mennyiben az rendelkezésemre állott, végül veleszületett syphilis.

A kezelésből kizárattak a szív- vagy vérérmegbetegedésben szenvedők és eleinte az alkati bajban szenvedők is, valamint azok, kik szemfenéki rendellenességet mutattak, kivéve, ha ez lueses eredetű volt.

Az alkalmazásba vett gyógyszer adaga 0.40—0.70 gramm között váltakozott. Az adag kiszabásakor irányadó volt egyrészt az egyén testsúlya, másrészt pedig azon felbátorító körülmény, hogy a gyógyszer részéről a kísérletek előhaladásakor veszedelmes mellékhatás nem volt észlelhető.

A gyógyszert eleinte intragluteálisan fecskendezték be és pedig mindig csak az egyik oldalon, hogy a beteg a másik oldalon fekhessen. Most a gyógyszer befecskendezése intra- és infrascapulariter történik a beteg jobb oldalán.

Eleinte a sárga poralakú gyógyszert komplikált eljárással kellett emulgálni, hogy a bőr alá fecskendezhető legyen. Ma ez már tetemesen egyszerűsített, és míg a folyadék mennyisége eleinte 40—45 köbcentimeter volt, ma már nem több, mint körülbelül 5 köbcentimeter. Én mostanság a neutrális oldatot használom, a mely következőképpen állítatik elő:

A sárga por fél köbcentimeter 20% natronlúggal szét-dörzsöltetik, a míg feloldódik, azután hozzáadunk 1 köbcentimeter aqua destill. sterilisatát és teljes oldásig keverjük. Hozzáadunk 3—4 csepp acid. acetic. glacialét, keverjük, ekkor világossárga színűvé válik a keverék, ehhez 5 köbcentimeter steril destillált vizet adunk és az egészet egyenletesen emulgáljuk. A kész oldatot lakmuspapír segítségével közömbössé teszszük és injiciáljuk.

Az első mód szerint készült oldatok alkalmazásánál az első kellemetlen tünet a fájdalomjelentkezés volt a befecskendezés helyén, később innen kisugárzólag a szomszéd képletekben. E fájdalom, míg a befecskendezések intragluteálisan végeztek, a megfelelő egész alsó végtagra kiterjedők voltak. A beteg valósággal bémá volt a végtagjára, a fájdalmak ischiásra emlékeztetők voltak és nemcsak napokon, de esetleg heteken át is fennállottak és csak morphium vagy pyramidon alkalmazásával voltak enyhíthetők. Ritka esetekben a fájdalom igen enyhe és csak pár óráig tartó volt. A most alkalmazott intra- és infrascapularis befecskendezésnél a fájdalom kisebb, rövidebb ideig tartó, a beteget nem kényszeríti az ágybanmaradásra. Némelyek egyáltalában nem éreznek fájdalmat.

Az injectio okozta lobos tünetek az intragluteális alkalmazásnál igen mérsékeltek voltak. Kémiai és traumás eredetűek lévén, csakhamar eltűntek a kevésbé érzékeny szövetben. Az infrascapularis eljárásnál határozottan erősebben kifejezettek és erősebb infiltrációban nyilvánulnak a lobos tünetek. Ezen infiltratio rendszeren az injectiót követő 3—4. napon jelentkeznek. Fölötte a bőr egészen szederjessé válik, a beszűrődés heteken át fennáll avagy lassanként elfolyósodik és kis tályog keletkezik a helyén. Necrosis is támadhat. Nekem ilyen esetem eddigelé nem volt.

Az utolsó időben alkalmazott neutrális injectióknál lázat, hőemelkedést alig észlelünk. Nagyritkán emelkedik a hőmérsék a harmadik vagy negyedik napon 37.2—37.6°-ra. Három esetben feltűnő magas hőemelkedést észleltem, az egyikben mindjárt a befecskendezés után, a másik kettőben nyolczadnapra a befecskendezés után az egész testre kiterjedő erythema kíséretében. A láz ekkor 39.8—40°-ra emelkedett és a kiütés eltüntéig, körülbelül négy napig tartott.

Egyes esetekben a befecskendezés után a pulsus szaporább és feszebb volt.

Két esetben rövid ideig tartó collapsusszerű állapot jelentkezett.

Négy esetben az arsenmérgezés tünetei nyilvánultak. Ezek közül egyben egy napig tartó rosszullet és hányásinger. Háromban bőrkiütés követte a gyógyszer alkalmazását: egy leányon mindkét alkar hajlító oldalán az erythema diffusum képében két napi tartammal; egy férfúin igen magas (39.8 C°) láz kíséretében az egész köztakaróra kiterjedő skarlatszerű pir alakjában, a mely negyednapra hirtelen eltűnt, a mikor a beteg tökéletesen afebrilis is lett; a bőr a kiütés eltűnte után nem korpázott; egy másik férfibetegen az erythema multiforme képében, a melynek eltűnte után erős barna festékesség maradt vissza a megtámadott helyen.

Két esetben fél illetve egész napig tartó húgyretentio is volt, úgy hogy a betegből a húgyot katheterrel kellett eltávolítani. Ezen húgyretentiót, melynél a lecsapolást csak egyszer kellett végezni, annak tudnám be, hogy a beteg nem mert és nem tudott a fájdalmas lábával az ágyból kiszállni és így, hogy magát a fájdalmaktól megkímélje, inkább visszatartotta vizeletét. A húgy visszatartása következtében a húgyhólyag tetemesen kitágult, a falazata megvékonyodott, miáltal a detrusorok kihajtó ereje is csökkent, másrészt pedig a sphincter vesicae görcsösen összehúzódott. Így azután a húgy kihajtása a húgyhólyagból nehezítetté, sőt lehetetlenné vált.

Egy esetben az intragluteális befecskendezés utóhatásaképpen peroneus-hűdés maradt hátra, egy esetben ischiás.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

5678/1910. kig. sz.

Csik vármegye felcsiki főszolgabírói járáshoz tartozó **karczfalvi körorvosi állás** lemondás következtében megüresedvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényüket **november hó 15.-éig** hozzám adják be annál is inkább, mert a később beérkezett folyamodványokat tekintetbe nem veszem.

Ezen körorvosi állással az alább részletezett javadalmazás van összekötve:

1. 2000 korona törzsfizetés.
2. 1000 korona fuvarátalány.
3. Vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.
4. Természeti lakás.
5. Halottkémleli díj 54 korona. Megjegyzem, hogy a volt körorvos a Munkásbiztosító pénztártól évi 500 korona s a Balánbányai rézművek részvénytársaság Társulásától évi 2100 korona fizetést élvezett.

A közegészségügyi körhöz Csikszentdomokos, Csikszenttamás, Csikjenőfalva, Karczfalva, Csikdalfalva és Csikmadaras községek tartoznak, melyek állami út mellett 10 kilométer hosszban fekszenek, a melyeket a körorvos hetenkint egyszer tartozik beutazni.

A választást Karczfalva községénél folyó évi november hó 19.-én délután 11 órakor fogom megtartani.

Csikszere da, 1910. évi október hó 19.-én.

3—3

Bece Imre, főszolgabíró.

A **poliklinika kórházában** lemondás folytán megüresedő **segédorvosi állásra**, melynek javadalmazása lakás és teljes ellátáson kívül az első évben 600, a második évben 800 korona, a kellően felszerelt folyamodványok f. é. december hó 1.-éig az igazgatósághoz benyújtandók.

1640/1910. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-közkórházban üresedésbe jövő és havi előleges részletekben fizetendő 1200 azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú étellelmezéssel javadalmazott **kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő orvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot az első segély esetét kivéve nem folytathat és állását csakis két havi felmondásidő eltelté után hagyhatja el.

Nős orvos kérvénye figyelembe nem jöhet.

A kinevezett orvos tartozik állását f. évi december hó 1-én elfoglalni. Felhívom ennél fogva mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényeiket legkésőbb **f. évi november hó 19.** (tizenkilencedik) napjának déli 12 órájáig Szabadka sz. kir. város főispánja Purgly Sándor dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda-épület) annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező pályázati kérvények figyelembevételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. részében minősített pályázó nem jelentkeznek, az egyévi gyakorlatra utasított, esetleg szigorlóorvosoknak a fenti határidőig benyújtott kérvényei szintén figyelembe fognak vétetni.

Szabadka, 1910. évi október hó 19.-én.

3-3

Bíró Károly dr., polgármester.

4966/1910. sz.

Kolozs vármegye bánffyhungyadi járásában Bánffyhungyad székhelyi alaktott és 16 községet magában foglaló közegészségügyi körben a **körorvosi állás** elhalálozás folytán üresedésbe jöven, ezen állásra pályázatot nyitok.

Az állás javadalma évi 1600 korona törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben meghatározott mellékjuttatások, melyek jelenleg felsőbb hatósági megállapítás alatt állanak.

Felhívom mindazon hazai orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítéseket, eddigi alkalmazásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat hozzám **f. évi november hó 30.-áig** adják be. A választás hatánapját később fogom kitűzni.

Együttal felkérem mindazokat az orvostudor és szigorlóorvos urakat, a kik a cholerajárvány kitérése esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, szíveskedjenek ezen szándékukat az igényelt fizetés megjelölésével és pontos lakcímükkel együtt a vármegye alispánjához bejelenteni. Bánffyhungyad, 1910. évi november hó 1.-én.

2-2

Kertész Samu, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D'EGGER

Indicációi: Anaemia, Neurasthenia, Soporuleia, Chlorosis, Rachitis.
Kapható minden gyógyszerertárban.

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyényes
SAVANYÚVIZ.

Intézet orvosi diagnostika részére

Med. Dr. T. Wittels és N. Weltart, vegyész-mérnök.

Wien, IX/1.

Telefon-sz. 20382.

Berggasse 4.

LUES-DIAGNOSIS (Wassermann)

Húgy-, széklet- és köpetvizsgálatok stb. Histologiai, bakteriologiai és egészségügyi vizsgálatok. Vérvonalra szolgáló csövecskék kívánatra átengedtetnek.

Serravallo

Kina-bora vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

Egészségügyi kiállítás Wien, 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem. Legmagasabb kitüntetés.

Többszörösen kitüntetve. — Több mint 7000 szakvélemény.

Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. J. Serravallo, cs. és kir. udv. szállító, Triest-Barcola.

„Neurolin Balla“

(Syr. hypophosph.-polybromat.)

a legmegbízhatóbb idegcsillapító és zsongító gyógyszer.

Klinikailag kipróbálva, jóízű; minden mellék- és utóhatásoktól teljesen mentes.

Főbb javالاتok:

álmatlanság, hysteria, neurasthenia, hypochondria, melancholia, anaemia, chlorosis, rachitis.

Rendelés: Rp. Neurolin Balla lag. orig. — Adagja: Naponta 3-szor egy evőkanállal kevés vízben vagy szódavízben, étkezés közben.

Ára egy üvegnek 3 korona.

Kórházi csomagolás 2 korona.

Kapható minden gyógyszerertárban.

Egyedül
készítő:

BALLA SÁNDOR „Hunnia“ gyógyszerertára BUDAPEST, VII., Erzsébet-körút 56.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)

fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kerleemes ízű.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Királyi Géza: Közlés az egyetemi III. sz. belklinikáról. Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár. A „glandulae retrojugulares“ a kísérleti tengerimalacz-tuberculosis korai felismerésében. 835. lap.

Scherer Sándor: A budapesti I. sz. női klinika közlése. Igazgató: Bárony János dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár. A gyermekágyasok korai felkeléséről. 837. l.

Marschalkó Tamás: Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bűjakkór-tani klinikájáról. „Ehrlich 606“ és syphilis-gyógyítás. 843. lap.

Magyar-Kossa Gyula: A pestisorvos. 845. lap.

Grósz Emil: Az állami költségvetés az 1911. évre. 847. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Berend Miklós: Válasz Torday Ferencz dr.-

nak „A csecsemőhalálozás magyar okairól“ című könyvről irt ismertetésére. — Torday Ferencz: Válasz Berend dr. védekezésére. — *Lapszemle. Belorvosostan. Pick:* Hyperacid állapotokról. — *Szülészeti és nőorvosostan. Gür:* A Röntgen-sugarakkal való sterilizálásról. — *E. Graefenberg:* A pantopon (Sahli) értékéről a szülészetben és nőgyógyászatban. — *Röntgenologia.* A heges pylorus-szűkület Röntgen-vizsgálatának eredményei. — *Orr-, torok- és gégebetegségei.* Koschier: Némely carcinoma és sarkoma viszonylagos jótermészetűsége. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* Nolf és Herry: Szer haemophiliás véredek ellen. — *Jüsgen:* Szer májcirrhosis ellen. 448—451. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 851. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 851. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 825—854. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az egyetemi III. sz. belklinikáról. Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.

A „glandulae retrojugulares“ a kísérleti tengerimalacz-tuberculosis korai felismerésében.

Irta: Királyi Géza dr.

Két év előtt, a midőn a tuberculosis-bacillusnak specifikus kezelés kapcsán bekövetkező virulencia-változását vizsgáltam¹, egy körülmény kötötte le figyelmemet, a mely az experimentális tengerimalacz-tuberculosis kórbonezolásának kérdésébe látszott némileg bevilágítani. Feltűnt ugyanis — a mint azt annak idején kifejtettem —, hogy a mikor joggal következtethettem a tuberculosis-bacillusok virulenciájának csökkenésére, olyankor az oltási tuberculosis ismert kórbonezolásani képe helyett rendszerint egy szembe-tűnő bonezolásani elváltozás volt jelen, a mely egymagában utalt az állati szervezetnek tuberculosis-bacillussal fertőzöttségére. Olyankor, a mikor sem a lép, sem egyéb szervek elváltozást egyáltalában nem mutattak, sőt egyéb mirigymegnagyobbodások, legalább is szembe-tűnő módon, nem voltak konstatálhatók, ez a jel, a mely mégis egészen biztosan mutatta nekünk a tuberculosis-infectio jelenlétét, sohasem hiányzott. Ez pedig közvetlen az incisura jugularis sterni jobb és bal oldalán symmetriásan elhelyezkedő két nyirokmirigynek hatalmas duzzanata és sajtosodása. Két évvel ezelőtt végzett vizsgálataimban ezen ténynek különleges jelentőséget egyelőre nem tulajdonítottam. Azóta azonban, valahányszor kísérleti tengerimalacz-tuberculosis-oltással volt dolgunk, erre a körülményre különös tekintettel lévén, azon meglepő eredményre jutottam, hogy ezen helyzete alapján talán leghelyesebben „retrojugularis“-nak nevezhető két mirigynek az elváltozása minden egyes esetben ki volt mutatható.

Akkor, a midőn ezen tényre a vizsgálók figyelmét felhívni

őhajtom, tisztán gyakorlati célok vezetnek. E retrojugularis mirigyek elváltozásának konstatálásával ugyanis, a mint rendkívül számos esetben meggyőződhettem, oly jelnek a birtokában vagyunk, a mely egyrészt a legnagyobb könnyűséggel, másrészt a legnagyobb biztonsággal, és harmadszor talán a legkorábban enged meg az oltási kísérleti tengerimalacz-tuberculosis pozitív vagy negatív voltának a felismerését.

Mind e három szempontnak, a melyet itt jeleztem, megvan a maga gyakorlati fontossága.

A mi a felismerés könnyűségét illeti, mindnyájan tudjuk, hogy különösen olyankor, a midőn a kísérleti tengerimalacz-tuberculosisnak szembe-tűnőbb és megszokottabb jelei hiányoznak, így hiányzik a lépnek a megnagyobbodása, a lépnek gümös elváltozása, hiányzanak esetleg a mesenterialis mirigyek, az omentum sajtos megvastagodásai stb., ilyenkor kénytelenek vagyunk a kísérleti állatot igen szorgosan, valósággal de capite ad calcem végig vizsgálni, hogy valahol valamely gümösen elváltozott szervre, mirigyre ráakadjunk. A retrojugularis mirigyek szemmel tartásával megállapíthatjuk a tuberculosis jelenlétét vagy hiányát már akkor, a midőn a mellkas csontos-porezos vázát a mellkasi szervek fölött eltávolítjuk, tehát tulajdonképpen még mielőtt a valódi bonezoláshoz hozzáfognánk. A midőn ugyanis a hasfal megnyitása után a mellkas megnyitására térünk át, olyképpen, hogy a bordákat felfelé, az incisura jugularis sterni felé konvergáló ollósapá-sokkal átvágjuk és az átvágott bordákat a sternummal együtt, a nyaki lágyrészekkel összefüggésben hagyva felhajtjuk, azonnal elénk tárul, szemünkbe ötlük közvetlen az incisura jugularis két oldalán ülő, hatalmasan megnagyobbodott, sárga színű, elsajtosodott két mirigy.

A második szempont, a melynek gyakorlati fontosságára utaltam volt, a kórjelzésnek a biztonsága. Olyankor, a midőn a kísérleti tuberculosis egyéb jelei már kifejlődtek (nagy lép sajtos gümőkkel, sajtosan megvastagodott omentum, nagy sajtos mesenterialis, retroperitoneális, bronchiális stb. mirigyek), olyankor a retrojugularis mirigyek sohasem hiányoztak, hanem rendszerint igen hatalmas, lencsényi, borsónyi, néha cseresnyemag nagyságú sajtos góczok alakjában helyezkedtek el a jugulum két oldalán.

¹ „Ueber die Virulenzveränderung der Tuberkelbacillen im Verlaufe der specifischen Behandlung.“ (Zeitschrift für klinische Medicin. 1908.)

Olyankor azonban, a midőn egyik-másik okból az oltási tuberculosishoz rendes, megszokott képe hiányzott, nem fejlődhetett ki, mint például az én fent említett kísérleteimben a tuberculosishoz bacillusoknak tuberculin-oltás kapcsán jelentkező virulencia-gyengülése folytán, olyankor is a retrojuguláris mirigyeknek jelzett elváltozása csaknem minden egyes esetben kimutatható volt, mint egyedüli jele a pozitív kísérleti tuberculosishoz.

E jelnek megbízhatóságát az abszolút biztonság fokára emeli azután az, hogy a legtöbb esetben a mirigynek átmetszése, a metszési lapnak éles késsel való lekaparása és a lekapart szövetnek Ziehl-Neelsen szerint való megfestése útján ezen megnagyobboldott, többé-kevésbé sajtosan elváltozott mirigyek nedvében rendszerint kisebb-nagyobb számú tuberculosishoz bacillust sikerült kimutatnunk.

Hogy más bakteriumos fertőzések, különösen a hasüregbe, intraperitoneálisan vagy a hasfal bőré alá, subcutan eszközölt infectiók után, hasonló megnagyobboldásokat okozzanak a retrojugulárisan fekvő mirigyekben, az már eleve is valószínűtlen azért, mert a közönséges pathogen mikroorganizmusok a kísérleti állatoknak rendszerint igen rövid idő, egy-két-három nap alatt bekövetkező halálát szokták okozni. Arra pedig, hogy a hasüregbe vagy a hasfalba történt oltás után a sternum legfelső részlete táján fekvő, tehát a fertőzés helyétől igen távol eső mirigyek megduzzadjanak, erre természetesen hosszabb idő szükséges, a milyen chronikus fertőzés éppen a tuberculosishoz bacillusnak a pathogen tulajdonságai közé tartozik. De másrészt, éppen ezen kérdés tisztázása céljából a legkülönbözőbb mikroorganizmusokkal meg-ejtett vizsgálataim is ugyanezen eredményre vezettek, hogy tudniillik a retrojuguláris mirigyeknek ilyen megnagyobboldása más bakteriumos fertőzések esetén nem észlelhető. Természetesen ilyen differential-diagnostikai szempontok mérlegelése csak azon ritkább esetekben jöhet egyáltalán szóba, a midőn tuberculosishoz bacillusokat a mirigynedvben kimutatnunk nem sikerül. A legtöbbször azonban, a mint fentebb említettem, a megnagyobboldott, duzzadt, rendszerint már sajtos mirigy nedvében a speciális festés pozitív eredménnyel szokott járni.

A harmadik körülmény, a melynek gyakorlati szempontból talán legnagyobb jelentősége lehet, a *diagnosishoz korai megállapíthatósága*. Tudjuk, hogy milyen fontos gyakorlati érdekek fűződnek sokszor ahhoz — különösen a vesetuberculosis diagnostikájára és sebészi terapiájára utalok —, hogy a tuberculosishoz gyanús anyaggal beoltott tengerimalaczon az oltás eredményét minél hamarabb megismerhessük.

A jelenlegi gyakorlat szerint legalább is 3—4 hét telik el, a míg az oltás pozitív eredményéről meggyőződést szerezhethetünk. Tapasztalás szerint eunyi idő szükséges ahhoz, a míg a kísérleti tengerimalacz-tuberculosishoz biztosan és könnyen felismerhető elváltozásai kifejlődnek. Két év előtt Bloch oly módosítást ajánlott, a melylyel állítólag meg tudta rövidíteni ezt az időt annyira, hogy 14 nappal, esetleg már 10 nappal az oltás után a tuberculosishoz diagnosisa az állatoltásból megállapítható volna. Ő ugyanis a lágyéktájba történő subcutan oltás előtt a lágyéktáji mirigyeket mesterségesen szétzúzta és e zúzás által teremtett szöveti dispositio szerint e mirigyeket alkalmassá teszi arra, hogy bennük a bacillusok hamarabb megtelepedjenek és a szöveti elváltozások is sokkal hamarabb kifejlődjenek. Annak idején e Bloch-féle eljárást igen sok esetben magunk is utánavizsgáltuk, azonban ilyen kedvező eredményt elérni sohasem tudtunk. Joannovics és Kapsammer vizsgálataikban ugyan e Bloch-féle methodus mellett nyilatkoznak, mások viszont, így különösen Dieterlen, határozottan ellene foglalnak állást. Dieterlen szerint a tuberculosishoz gyanús anyag subcutan injectiója után néhány nappal bekövetkező megduzzadása a zúzott mirigyeknek tuberculosishoz egyáltalában nem specifikus. Ha kimutathatók bennök Ziehl-Neelsen szerint festett bacillusok, akkor nagy a valószínűség, hogy a gyanús anyag csakugyan tuberculosishoz bacillusokat tartalmazott. Biztossággal azonban a tuberculosishoz körjelzése csak akkor állítható fel, ha a megbetegedés a belső szervekre is ráterjed, ha tehát generalizált tuberculosishoz van jelen; úgy hogy szerintem a jövőben is körülbelül hat hétre lesz szükségünk, hogy a tengerimalacz-kísérletből a tuberculosishoz biztos körjelzése megállapítható legyen. A Bloch-féle methodus azután le is

került a napirendről, úgy hogy megbízható korai jellel a kísérleti tuberculosishoz felismerésére mind ez ideig nem rendelkezünk.

A glandula retrojugularisoknak fennebb leírt viselkedése volna hivatva ezt a követelményt is teljesíteni. Számos esetben meggyőződtem róla, nemcsak tuberculosishoz bacillus tiszta culturájával, hanem tuberculosishoz köpettel, tuberculosishoz vizelettel történt malaczoltások kapcsán is, hogy olyankor, a midőn a lépben megnagyobboldásnak vagy gümös elváltozásnak még nyoma sem volt, s a könnyen szembevetendő többi mirigy sem nagyobboldott meg, e retrojuguláris mirigyelváltozások mint első és azt lehet mondani talán legkorábbi jele a tengerimalacz-tuberculosishoz már jól felismerhetők voltak.

Kísérleti jegyzőkönyveim átvizsgálása után, a melyeket külön részletezni ezúttal nem óhajtok, kitűnik, hogy 14 nappal az oltás után a mirigyelváltozások csaknem minden egyes esetben — intensitásukban nagyjából a bejuttatott bacillusok mennyiségétől függő, de mindig eléggé kifejezett módon — kimutathatók. Néhány esetben bacillus-kulturával történt oltás után 12 nappal ölte le az állatot, a jelzett mirigyelváltozásokat, valamint a mirigynedvben a tuberculosishoz bacillusokat már ki tudtam mutatni olyankor, a midőn semmi egyéb szöveti elváltozás sehol az egész szervezetben nem volt. Vannak vizsgálataim, a melyekben a pozitív eredményt 10 nappal az oltás után, sőt köpet-, vizeletoltások egyes eseteiben már 8 nappal a fertőzés után e mirigyekből megállapíthattam. Egy esetben a mirigyeknek mérsékelt megnagyobboldását már öt nappal az oltás után lehetett konstatálni, jóllehet itt a bacillus-vizsgálat negatív eredménnyel járt. Ilyen korai stadiumban a mirigyekben sajtosodást természetesen még nem várhatunk; a mirigyek ugyan megnagyobboldottak, de nem sárga színűek, hanem vörösek vagy vörösseszlürkék, megfelelőleg annak az elváltozásnak, a melyet Weichselbaum „lymphoid” stadiumnak nevez. Hozzá kell azonban tennem azt, hogy, bár nem oly rendszeresen, mint az el-sajtosodás alatt, de igen sokszor már ezen lymphoid stadiumban is a tuberculosishoz bacillusok a mirigynedvben kimutathatók voltak.

A mikor én itt a retrojuguláris mirigyelváltozásról mint „korai” jellel beszélek, akkor — a mint egyébként már fennebb hangoztattam — ezt nem tudományos, hanem tisztán gyakorlati szempontból értem. Tudományos szempontból exact vizsgálatok történtek, különösen Weleminsky részéről, a ki megállapította a kísérleti oltási tuberculosishoz a mirigymegetedések megjelenésének sorrendjét. Szerinte a lágyékhajlatba történt subcutan oltás után először a retroperitoneális, a vesekörüli, a lumbális mirigyek betegszenek meg, majd a bronchiális mirigyek és csak a bronchiális mirigyek után jö a sor a retrosternális, a nyaki, állalatti, submaxilláris stb. mirigyekre. Szerinte a bronchiális mirigyeknek különleges helyzetük van a nyirokrendszer szempontjából, ezek valószínűleg „szív” gyanánt szereplő központi szervet képviselnek, a melybe az összes nyirokerek beleszáradzanak. Nem akarok itt kitérni egyéb vizsgálatokra sem, a melyek különösen Beitzke, továbbá Marmorek, Cornet és mások részéről történtek és a melyek mind a fertőzés útjaira vonatkoznak a tuberculosishoz bacillus injectiója után. Legtöbbször szerintem először a regionárius mirigyek betegszenek meg és ezek után, történt legyen a fertőzés akár a felső, akár az alsó testfelen, a nyirokáram a bronchiális mirigyek felé halad.

A mikor mi itt gyakorlati ezélokot tartunk szem előtt, akkor korai jelnek azt kell tekintenünk, a mely csakugyan korán felismerhető elváltozásokra mutat. És a mint meggyőződtem, a gyakorlat szempontjából legkorábban éppen a retrojuguláris mirigy-megnagyobboldások ismerhetők fel. A retroperitoneális, a lumbális mirigyek rendszerint sokkal kisebbek, helyzetüknél fogva megtalálásuk, kiproeparálásuk is sokkal körülményesebb. Hasonlóképpen vagyunk a bronchiális mirigyekkel, a melyek igaz, hogy sokszor szintén jelen vannak olyankor, a midőn a retrojuguláris mirigyelváltozások már kimutathatók, de egyrészt rendszerint kisebbek amazoknál, másrészt szintén rejtettebb helyzetűek, és harmadszor, a mi úgy a retroperitoneális, mint a bronchiális mirigyekre vonatkozik, sok esetben határozottan meggyőződtem róla, hogy az elváltozás tisztán a retrojuguláris mirigyekre szoríkozott és sem a hashártya mögötti, sem a hörgőkörüli mirigyek, legalább szabad szemmel látható elváltozást nem mutattak.

Még egy pontra óhajtok itt kitérni, még pedig a mesenterialis

mirigyek viselkedésére. Előre kell bocsátanom, hogy a retrojuguláris mirigyeknek a praevaleálása itt is érvényben van. Igen gyakran a mesenterialis mirigyek megnagyobbodása teljesen hiányzik olyankor, a mikor a retrojuguláris mirigyek már a fentebb leírt elváltozásokat mutatják. Azonban tény másrészt, hogy a mesenterialis mirigyek megnagyobbodása az esetek nagy számában konstataható. Legtöbbször azonban olyankor, a mikor a retrojuguláris mirigyek már kifejezett sajtosodást mutatnak, a mesenterialis mirigyek még szürkék és lágyak, nagyobbára a lymphoid stadiumban vannak; hasonlóképpen olyankor, a mikor a retrojuguláris mirigyek nedvében már számos tuberculosis-bacillus mutatható ki, a mesenterialis mirigyeknek ilyen irányú vizsgálata rendszerint még negatív eredménnyel végződik. Még inkább levon a mesenterialis mirigyek diagnostikai jelentőségéből, hogy — a mint erről szintén meggyőződést szereztem — nem egy esetben mesenterialis mirigy-megnagyobbodásokat találunk olyankor is, a mikor tuberculosis teljesen kizárható. Akárminő más bakteriumok intraperitoneális beoltása a legtöbbször első sorban éppen a mesenterialis mirigyek megnagyobbodását hozza létre, a mi a nyirokútrendszer anatómiai viselkedéséből egyébként elég könnyen érthető is.

Mindezek alapján, röviden összefoglalva, a vizsgálók figyelmét felhívni óhajtom kísérleti tengerimalacz-tuberculosis esetében az incisura jugularis sterni jobb és bal oldalán fekvő, symmetriásan elhelyezkedő, „retrojugulárisnak“ nevezhető mirigyek elváltozására, a megnagyobbodásra, a sajtosodásra, a mirigy nedvének tuberculosis-bacillus tartalmára, mint a mely a kísérleti tengerimalacz-tuberculosisnak legkönnyebben, legbiztosabban és egyúttal, gyakorlati szempontból véve, legkorábban, az oltás után már 8—10—14 nappal felismerhető jelének tekinthető.

A budapesti I. sz. női klinika közlése. Igazgató: Bársony János dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár.

A gyermekágyasok korai felkeléséről.

Írta: *Scherer Sándor dr.*

I.

Arra a körülményre tekintettel, hogy az Orvosi Hetilap hasábjain ez a kérdés még nem lett tárgyalva, szükségesnek tartom, hogy a kérdés történeti fejlődését irodalmi adatok alapján ismerthessem. Érdekesé teszi a gyermekágyasok korai felkeléséről több mint 30 év óta folyó vitatkozást az a sok, bő tapasztalatokon nyugvó vélemény és eljárás, a melyről az egyes klinikák e kérdés kapcsán beszámolnak. Éppen ezért jónak tartottam, hogy összehasonlítás céljából más klinikáknak erre vonatkozó és külön feljegyzésre méltó adatait is belefoglalam cikkem keretébe.

A gyermekágyasok korai felkelésével legelőször Küstner próbálkozott 1877-ben. Akkortájt azonban több esetben láz keletkezvén, kísérleteit csakhamar abbahagyta.

Eztán jó ideig nem találkoztunk ezzel a kérdéssel az irodalomban. 1897-ben Brutzer (Küstner tanár breslauer klinikájáról) egyszerre 1000 gyermekágyas korai felkeléséről referál. Ezek átlag a 2.—4. napon keltek fel. Eseteit pontosan megrostálta. A felkelést nem engedte meg olyanoknak, a kiken a gáton, a hüvelyben vagy a cervixen valami sérülés volt, valamint azoknak sem, a kik szülés előtt vagy alatt lázasak voltak. Hosszú távulási időszak, gonorrhoea vagy valamely előző szülészeti műtét szintén ellenjavallatot alkotott. Ugyanerről referál Küstner a VIII. német gynaekologiai congressuson; az ott támadt vitaközlés hatása alatt kezdik meg kísérleteiket Krönig és Gauss, Freiburgban.

Krönig először 1905-ben, a stuttgarti nyári vándorgyűlésen számol be a freiburgi iskola kísérleteiről és már itt említi, hogy előnyösnek tartja a korai felkelést. A gyermekágyasokat jobban lehet táplálni, jobb az étvágyuk, a béltractus és a hasprés motorus gyengeségére a korai felkelés kitűnő hatással van.

A német természettudósok és orvosok 80. vándorgyűlésén, 1908-ban, ismét beszámol Krönig kísérleteiről. Kizárja a korai felkelők közül azokat, a kiknek szülés fölötté sokáig tartott, a kiken előzőleg műtétet végeztek, a kiknek genitáliái szülés alatt sérültek, a kik lázasak voltak, vagy pedig a kiken a nagyobb szervek részéről jelentkezett valamiféle complicatio az ágybanmaradást javalta. A

korai felkelésnek egyáltalán nem az a célja, hogy az asszonyokat a szokottnál korábban beállítsuk a munkába; az első nyolcz nap nyugalmát — mint eddig is — teljesen be kell tartani. A felkelés az 1., 2. és 3. napon csak délelőtt és délután fél, esetleg egy órára széken való üldögélést jelent; a 4. és 5. napon engedhető azután meg a járkálás. Természetesen főszűrt kell fektetni az asszony jó közérzetére; senkit a felkelésre kényszeríteni nem szabad. Főelőnyei az eljárásnak: az asszonyok frissebbnek érzik magukat; a genitáliák involutiója tökéletesebb; a véres lochia kevesebb; az uterus hibás helyzetváltozása nem gyakoribb; a széklátás, a vizezés spontán folyik le; a szoptatásra való képesség növekszik; a gyermekágyasok súlyukból kevesebbet veszítenek, mert a táplálkozásuk jobb lesz; a thrombosis, illetőleg embolia veszélye kisebb; a hőemelkedések ritkábbak, mint a régi kezelés mellett. Ugyancsak ekkor hívja fel a figyelmet a gymnastikai gyakorlatok fontosságára a korai gyermekágyban. Igyekszik olyan gyakorlatokat végeztetni a gyermekágyasokkal, a melyek a hasfali és medencealapú izomcsoportokat hozzák főképpen mozgásba. A 8. naptól kezdve a gyermekágyast hydrotherapiás eljárásokkal is igyekszik erősíteni.

Ugyanez a kérdés felett nagyobb vitaközlés keletkezett. Erdemesnek tartom, hogy ezen a helyen az egyes vitázók álláspontját külön-külön is ismertessem.

Opitz (Düsseldorf) álláspontja a következő: megengedi a gyermekágyasoknak a felkelést akkor, a mikor jól esik nekik felkelni. Gátrepedések, erős vérzések után s egyéb megbetegedések esetén legalább a 4. napig nem engedi meg a felkelést, valamint placenta praevianál végzett műtét és művi lepényleválasztás után sem. A szülés után közvetlenül az összes gyermekágyasok feszes haskötőt kapnak. Már az első napokban tornagyakorlatokat végeztet velük. 275 esetében semmiféle rossz oldalát az új szokásnak nem észlelte.

Werth (Bonn) azt hiszi, hogy a másodlagos fertőzés a korai felkelés következtében gyéresebb lesz. Ő ugyanis a másodlagos fertőzést ascendáló folyamatnak tartja, a mely vagy az alsóbb genitális tractusban már meglevő infectiosus anyag felkúszása folytán jön létre, vagy pedig a gyermekágyban háton fekvő nőknek stagnáló lochiájában tenyészik ki és így jut feljebb a fertőzés. A korai mozgás, a testtartás korai megváltoztatása biztosítja a lochiák szabad lefolyását és így a csirák felvándorlása meg lesz nehezítve. Az újításnak a közéletbe való átvitelét azonban nem tartja helyesnek. Úgy a mozgási gyakorlatok végzésére, mint a felkelésre orvosnak kell felügyelnie. Már pedig a legtöbb szüléshez nem hívnak orvost, legalább is ritkán szakorvost, hanem a szülésznő végzi el az egész ápolást. S ha a szokás általánossá válik és a szülésznők keltenék fel a gyermekágyasokat, bizonyára visszaéléseket követnének el, a miből csak kár származhatik. Reámutat Werth arra a veszélyre is, a mely úgy keletkeznék, ha a korai felkeltés a kórházból való korai elbocsátást is maga vonná után és ekképpen a megfigyelésre szükséges időt károsan megrövidítené.

Fehling (Strassburg) hibásnak tartja azt a felfogást, hogy a korai felkelés a méh visszafejlődését elősegíti, valamint azt is tagadja, hogy a hosszas fekvés thrombosis és embolia keletkezésére vezethet. 7000 szülése volt az utóbbi 7 évben és 38 esetben észlelték thrombosiszt. Ezeknek jó része már a szülés előtt létrejött és csak 5 olyan thrombosisa volt (a vena femoralisban), mely műtét után, a gyermekágyban jelentkezett. Tehát a freiburgi iskola tanításai szerint sem kellettek volna fel. Nem tartja valószínűnek, hogy a gyermekágyban való huzamosabb fekvés pangási vagy marasmusos thrombosiszt eredményezhetne. A korai felkelés hátrányait a következőkben foglalja össze: gyakori az erős vérzés, hiányos a méh visszafejlődése; gyakori a rectusok diastasisa, az uterus-descensus és prolapsus. Az ő kísérleteiben a morbiditás százaléka is emelkedett a régi fektető módszerrel szemben. Következmenyképpen nem ritka a hüvely- és cervix-catarrhus és az erosio.

Holzappel (Kiel) szerint a korai felkelés jó hatással lehet ugyan a méh visszafejlődésére, de a puerperális retroflexiót ezzel mégsem kerülhetjük ki; hiszen ennek keletkezési ideje a gyermekágy 3—4. hete. A hasfalak visszafejlődésére a korai felkelés semmiféle hatással sincsen; ezt csak jól alkalmazott, feszes haskötőkkel és activ hasizomzat-gyakorlatokkal lehet előmozdítani.

Hofmeier (Würzburg) azt a kérdést veti fel, hogy ki tudná-e

mutatni Krönig, hogy a gyermekágyasok eddigi kezelésmódja helytelen volt és mit ártott? A korai felkelés maga után fogja vonni a korai elbocsátást és a korai munkakezdést. Nem tagadja, hogy a korai felkelés a thrombosisok elkerülésére alkalmas, de azt tartja, hogy ezek keletkezésében más dolgok is közrejátszanak. Mindenesetre a fektetés sokkal humánusabb eljárás.

Alvensleben (Kiel) 100 korán felkeltett gyermekágyas sorsáról referál. Egy gyermekágyast sem kényszerített a felkelésre. A felkelés előtt, különös figyelemmel a mellkas-, has- és czombizomzatra, még az ágyban előkészítő tornagyakorlatokat, az ágyon kívül törzshajlításokat és törzskörzéseket végeztet. Szemben a régi eljárás 17% morbiditásával a korai felkelők között 10% volt a morbiditás. Gyorsabb az involutio, a hasfalak feszesek maradnak, a medenczefenek és a hüvelyfalak izomzata jól visszafejlődik. 9 esetben látott descensust (közülük nyolcz multipara), 6 esetben talált kibocsátáskor retroflexiót (öt közülük multipara).

Gauss a „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie“ XII. gyűlésén ugyancsak 1908-ban ismételtén ismertette a freiburgi iskola álláspontját. Ők most már sokkal jobban kibővítették az indicatiókat. Anaemiás, gyöngye, szívbajos, varixos, lázas vagy infectióra gyanús egyéneket minden esetben felkeltenek, a mely korán csak lehetséges. A normális gyermekágyast ellenben nem kényszerítik, tetszésére bízzák a felkelés idejének meghatározását.

Még egy nagyobb vitakozásról kell említést tennem, a mely a berlini „Geburtschilffliche Gesellschaft“ 1908-ban tartott ülésén Ed. Martin előadásához fűződött.

Martin (Bumm tanár assistense, Charité, Berlin) 100 gyermekágyas korai felkeléséről és az elért eredményekről tartott előadást. Mindjárt az elején megjegyezte, hogy vizsgálatai nem tökéletesek, mivel Berlinben lehetetlenség volt a felkeltett asszonyokat 8–10 hét múlva utóvizsgálatra berendelni. Nem engedte felkelni azokat a gyermekágyasokat, a kiknek szülése felette sokáig tartott, valamint szülés alatt való hőemelkedés, melléksérülések, vagy műtéti beavatkozások is ellenjavallták a korai felkelést. „Aufstehen“ alatt Martin érti a testtartás megváltoztatását, ágyon kívül való felülést, jól illő, feszes haskötővel. Morbiditása 13% volt. A méh jól fejlődött vissza, secalet egy esetben sem kellett alkalmazni, kibocsátáskor minden esetben anteflexióban volt az uterus. Kiemeli különösen azt, hogy hashajtószert vagy cathetert egy asszonyon sem kellett alkalmazni. A szoptatásra a korai felkeltésnek különösebb hatása nem volt. A hüvelyizomzat visszafejlődésére (tehát a descensus ellen) előnyös hatással lehet az, hogyha a felülés által a különböző medenczefeneki izomcsoportok feszülésbe jutnak.

Bumm minden tekintetben üdvösnek tartja a reformot, bár nem tagadja, hogy lappangó intoxicatiós és infectiós folyamatok a korai felkelés következtében könnyen veszedelmessé válhatnak, valamint azt sem, hogy a gonorrhoeás megbetegedés a felkelés után a genitális tractusban könnyen feljebb vándorolhat.

Koblanck (Berlin) kísérleteiből csak előnyös oldalait ismerte meg az új eljárásnak (a hólyag zavartalan functiója, a bélperistaltika élénksége, a medenczefenek és a test többi izomzatának rugalmassága, a méh hátradőlésének ritkasága).

Bockelmann felemlíti, hogy embolia gyakran a késői gyermekágyban támad, ezt tehát nem tudjuk elkerülni a korai felkeltéssel. A méh hibás hátradőlésének, a hüvely előesésének a százalékszámát sem tudjuk kellőképpen ellenőrizni, mert ezek hetek múlva keletkezhetnek, a mikor az asszonyok már régen eltávoztak a klinikáról. Nines meggyőződve arról, hogy a korai felkelés a hasprés, valamint a méh visszafejlődésére alkalmasabb volna, mint a nyugodt ágybanfekvés.

Müllerheim hangsúlyozza, hogy a sok klinikai kísérletezésből még mindig nem alakult ki egészen positiv vélemény, úgy, hogy a gyakorló orvos jobban teszi, ha a magángyakorlatába ezt a némelyek által nagyon is ajánlott eljárást egyelőre nem viszi át.

A mi a korai felkelés és a retroflexio puerperalis között való összefüggést illeti, röviden közlöm *Heimann*-nak a breslaui nőorvosi egyesületben 1909 december 14.-én tartott előadását és az ahhoz fűződő megjegyzéseket.

Heimann (Frühaufstehen im Wochenbett und Lageveränderungen der Gebärmutter) a breslaui nőklinika 16 évi anyagát vizsgálta át. Voltak olyan esztendők, a melyekben a korai felkelés divott, voltak esztendők, a melyekben a régi eljárás szerint kezel-

ték a gyermekágyasokat. Vizsgálódásainak eredménye: ha a gyermekágyasok a 2–4. napon keltek fel, az asszonyok $\frac{1}{2}\%$ -a ment el retroflexióval. Ha a 9. napon keltek fel az ágyból, 2% volt a retroflexiók száma, tehát négyszerre annyi. Előadása végén körvonalazza *Küstner* legújabb eljárását a gyermekágyasok kezelésében: a 4. napon felültetik az asszonyt, az 5. napon kikel az ágyból. A külső szeméremtest kétszer napjában 1% -os lysollal lesz leöblítve. A tornázó gyakorlatokat teljesen mellőzik. Egyszerű haskötőt alkalmaznak. A korai felkelést nem szabad azonosítani a korai munkakezdéssel és éppen ezért az csakis kórházban vihető keresztül következtetesen, magánházaiban legfeljebb az orvosnak (vagy egy lelkiismeretes bábának?) szigorú felügyelete mellett.

Asch hozzászólásában hangsúlyozza, hogy igen kevés szülésnél van orvos jelen. A szülésznőkre bízni a korai felkelést pedig nem szabad, mivel a kisebb szülési sérülések elbírálására (gát-, hüvelyrepedések) nem tartja őket elég megbízhatóknak. Éppen oly könnyen megtörténhet, hogy felkeltenek gyermekágyasokat nagyobb gát- vagy hüvelyrepedéssel, mint a hogy eddig többször megesett, hogy mély gát- és hüvelysebeket nem varrattak össze. Az új módszernek a retroflexio és prolapsus ellen való haszna csak akkor derülne ki, hogyha jóval a szülés után minden felkeltett gyermekágyast felülvizsgálnának. Véleménye szerint az izomzat erősítésére sokkal többet használ az izmok rendszeres tornáztatása, mint a gyermekágy korai elhagyása.

Courant valószínűnek tartja, hogy az alsóbb néposztályban olyan gyakori prolapsusnak az oka a korai felkelés és munkakezdés. Az 5. napon való felkelés nem véd a késői megbetegedések ellen (gonorrhoea ascendens, thrombosis).

Baum nem látja a korai felkelésnek annyi előnyét, hogy azt kívánatosnak tartaná. Klinikán talán még keresztülvihető, de általánosságban csak káros hatása lehet. A mi a thrombosisot illeti, ő nem lázas gyermekágyasokban olyan ritkán látott thrombosisot, hogy jóformán el sem tudja képzelni, hogy az még ritkább legyen.

Küstner hangsúlyozza, hogy ő nem a korai munkakezdést proponálta, hanem a korai felkelést. És ha az alsóbb néposztályban teljesen lehetetlen szétválasztani egymástól ezt a kettőt, akkor okosabb, ha megtiltjuk a korai felkelést, már csak azért is, hogy a korai munkakezdést elkerüljük.

A „Klinisch-therapeutische Wochenschrift“ 1909. évi 48. és 49. számában a szerkesztőség felszólítására az egyes klinikák igazgatói nyilatkoznak a korai felkelésről. Bársony tanár megmarad a régi kezelési mód mellett. Nyilatkozatát a dolgozatomban végén szóról szóra közlöm.

Nem tartják előnyösnek a korai felkelést a következők: *Dührssen* (Berlin), *Ehrendorfer* (Innsbruck), *Fehling* (Strassburg i. E.), *Hofmeier* (Würzburg), *Köstlin* (Danzig), *Müller* (Bern), *Pisaczek* (Wien), *Sarwey* (Rostock), *Schauta* (Wien), *Veit* (Halle a. S.), *Walcher* (Stuttgart), *Wyder* (Zürich).

Nem vetik el *Küstner* propositióját és kísérleteznek vele a következők: *Ph. Jung* (Erlangen), *Knauer* (Graz), *Stoeckel* (Marsburg), *Winter* (Königsberg i. Pr.), *Kleinhaus* (Prag), *Pinkus* (Berlin).

Fritsch (Bonn) nem engedi korábban felkelni gyermekágyasait, mint a VIII. napon.

V. Herff (Basel-Stadt) klinikáján az a szokás divott, hogy a gyermekágyas a VII. napig hátton feküdt, azután oldalt fordulhatott, a IX. napon felült, a X. napon felkelt, a XI. napon kibocsátották. Mivel a thrombosisok száma rendkívül magas volt ($3.8-4.5\%$), újabban az oldalfekvést a III., a felülést az V., a felkelést a VII. napon engedte meg, abban a reményben, hogy a thrombosisok száma apadni fog. Mivel azonban a thrombosisok száma ismét csak 3.5% volt, s ezenkívül még 1% lázasa is volt, nem vár sok eredményt az újabb eljárástól.

Henkel (Greifswald) azt hiszi, hogy a korai felkeltéssel túlzásba mentek. Első lelkesedésében ő is túlságba vitte a felkelést, de meg is fizette az árát: egészen spontan lefolyt szülések után hőemelkedések, exsudatumok támadtak. Jelenleg, ha a gyermekágyas kikivánczik az ágyból, megengedi a felkelést. De kizárja azokat, a kiknek a szülése a rendes időn túl tartott, a kiknek a legesekélyebb horzsolásuk van a genitáliákon, valamint azokat is, a kiket többszörösen vizsgáltak belsőleg (természetesen azokat is, a kik szülés előtt lázasok voltak, vagy valamiféle műtéten estek át).

Sellheim (Tübingen) szerint a kérdés még a korai kísérlete-

zés stadiumában van. De ha a klinikán beválnék is, a gyakorlatban mindig csinálnom kell majd vele banni.

Végül még pár cikkről szeretnék említést tenni, a melyben *gyakorlóorvosok* tesznek vallomást a kérdést illetőleg.

Krauss mint gyakorlóorvos azt gondolja, hogy az alacsonyabb néposztályban a korai felkelést a korai munkakezdéstől elválasztani nem lehet. Ha pedig az asszonyok korán elkezdik a munkát, ez nemcsak a tejelválasztásra káros, hanem sok utólagos megbetegedésre is ad alkalmat, a minőket ő maga is látott, mint: késői vérzések, chronikus endometritisek, prolapsus, diastasis musculi recti, venter propendens. Hogy a jobb körökben az efajta megbetegedés ritkább, az abból magyarázható, mivel ott tovább is fekszenek a gyermekágyban. A gyakorlatból a korai felkelést teljesen ki kell küszöbölni.

Rosenfeld (Wien) 160 korán felkelt gyermekágyasról referál. A primaer eredményeket jónak találta, de a secundaer eredményekről csak újabban megejtett felülvizsgálások után nyilatkozhat.

Flèche (Bordeaux) szerint a méh a XII. napon tér vissza a kismedenczébe. (Intrauterin mérések szerint a méh még a 15. napon sincs normális állapotban). Ha ezen idő alatt a méh, illetőleg az organismus nem kiméltetik (testi fáradalmak, coitus stb.), könnyen keletkezik chronikus endometritis, prolapsus és mindenféle méh-környékbeli gyulladás. *Flèche* szerint az asszonyoknak 18—25 napig kell ágyban maradni.

II.

Kísérleteim 200 gyermekágyasra vonatkoznak. Fő célom az volt, hogy különös figyelemmel tanulmányozzam, mennyire felel meg ez az eljárás a gyakorlati élet követelményeinek. Ezért az ajánlatba hozott mindenféle komplikáló eljárást elhagytam a felkeléskor. Ugy kelt fel az asszony, mint a hogy azt — ha a gyakorlatban általánosan elfogadottá válnék a korán felkelés — csakugyan cselekedné. Sem előzetesen az ágyban, sem ágyon kívül testtornát nem végeztem és az asszonyokat lepedőből készített egyszerű, de feszes haskötővel láttam el. Kísérleteimmel éppen azt igyekeztem megállapítani, hogy a gyakorlatban a korán felkelő közönségesebb asszonyok, a kiknek 85—90%-a orvosi felügyelet nélkül szül, mennyi hasznát és miben látja hasznát a korán felkelésnek.

Az első napon, leghamarább a szülés után 18 órával, a gyermekágyas haskötővel, jól felöltözött fél órára kiült egy székre az ágy mellé. Ha nem emelkedett sem a hőmérsék, sem az érverés, a következő napon egy órára volt szabad felkelnie; és pedig a felkelés után azonnal leült székre, fél órával később pár lépést tehetett. A harmadik napon már két óráig volt ágyon kívül. És így tovább fokozatosan haladt előre.

Az indicatiókat illetőleg, csak azokat engedték korán felkelni, a kiktől a szülés előtt, alatt, vagy után hő- vagy érverésemelkedés, vagy egyéb rendellenesség nem volt feljegyezve. Műtét, gátvarrás szintén contraindicatio volt. Abortusok után eleinte megengedték a felkelést, de mikor egy ízben a Krönig-féle újabb indicatiók értelmében felkeltett vetelő asszonyon halálos végű thrombosiszt kaptunk, többé abortus után sem keltettük fel korán a gyermekágyasokat. Nyolcz abortus, egy farfekvés, egy arczfekvés és egy ikerszülés kivételével, a többi asszony mind rendes fejvégű szülés után kelt fel.

A felkelők között volt 62 primipara (15—20 év között 21; 21—25 év között 35; 26—30 év között 5; 31—35 év között 1) és 135 multipara (15—20 éves 5; 21—25 éves 50; 26—30 éves 55; 31—35 éves 18; 36—40 éves 7; 40 éven felüli 3). Felkelt a primiparák közül az I. napon 2, a II. napon 21, a III. napon 19, a IV. napon 7, az V. napon 2, a VI. napon 11. A II. parák közül felkelt az I. napon 5, a II. napon 11, a III. napon 21, a IV. napon 10, az V. napon 6, a VI. napon 7. A harmadszor szülő nők közül felkelt a II. napon 8, a III. napon 5, a IV. napon 3, a VI. napon 6. A IV—IX.-szer szülő nők közül az I. napon 1, a II. napon 16, a III. napon 14, a IV. napon 12, az V. napon 3, a VI. napon 10 kelt fel.

A lochia alba kezdődött:

a) I. parákon egy ízben a IV. napon és egy ízben az V. napon. A VI. napon 10 esetben, a VII. napon 4 esetben, a VIII. napon

21 esetben, a IX. napon 14 esetben. Lochia serocruentát találtunk kibocsátáskor 14 esetben. b) Multiparákon egyszer jelentkezett az V. napon. A VI. napon 13 esetben, a VII. napon 9 esetben, a VIII. napon 56 esetben, a IX. napon 28 esetben. 29 esetben serocruenta volt még a lochia a kibocsátáskor. Teljesen véres folyást, tulajdonképpen vérzést, a mely miatt még pár napig vissza szoktuk tartani a gyermekágyasokat, 5 esetben találtunk. (Köztük 3 primipara, a kik mind a III. napon keltek fel és 2 multipara, ezek mindketten a IV. napon keltek fel.)

A méh visszafejlődése nem volt minden esetben kielégítő. A kibocsátás napján, a gyermekágy 9. napján megejtett bimanuális vizsgálat eredménye a következő: 1—2 harántujjal volt a méh a symphysis felett 95 esetben (29 primipara, 66 multipara); 2—3 harántujjal volt a méh a symphysis felett tapintható 93 esetben (25 primipara és 68 multipara). Teljesen hiányos volt a méh visszafejlődése 21 esetben (köztük 7 primipara és 14 multipara).

A 200 eset közül a méhet ante flexióban találtam 195 esetben (köztük 59 primipara és 136 multipara); retroversióban 3 esetben (mindhárom primipara, közülük 2 a II. és 1 a III. napon kelt fel); retroflexióban 2 esetben (mindkettő multipara, az egyik az V., a másik a VI. napon kelt fel).

Feltűnőbb szapora pulzust, a lázas eseteket leszámítva, 6 esetben észleltem. Általánosságban véve a felkelés után a pulsus többnyire pár ütessel szaporább lett. Ez a jelenség azonban csak 10—20 percig tartott, azután ismét normális lett az érverés, és mint alább említeni fogom, majdnem ugyanígy viselkedett, mint azokon a gyermekágyasokon, a kik a rendes nyolcz napig feküdtek. A 6 eset feltűnő szapora pulussal a következő: 1909. év. 1456. szülés. IPara. VI. nap kelt fel először. 116-ra szökik fel a pulsus. Visszafektetjük az ágyba. A VII. és VIII. nap normális. IX. napon kimegy. — 1909. év. 1459. szülés. IPara. V. napon kelt fel. A VI. napon a pulsus 104-re emelkedik. Visszafektetik. IX. napon kibocsátjuk. — (1909. év. 1540. szülés. IIPara. Szülés után 24 órával felkel. A III—VII. napon 1—2 órát ágyon kívül tölt és sétál. A VIII. napon hirtelen 120-ra szökik fel a pulsusa. Fekve marad. A XI. napon kimegy. — 1909. év. 1546. szülés. IPara. Felkelt a III. napon. A IV. napon 1 órai fennlét után a pulsus 100. Visszafektetik. A következő napon a hőmérsék 37.3, a pulsus 88. Nem kel fel. VI. napon a hőmérsék 37.2, a pulsus 72. Fekve marad. VII. napon a hőmérsék 36.5, a pulsus 68. Ismét felkeletjük. Kibocsátás a IX. napon. — 1909. év. 1561. szülés. IPara. Felkelt a II. napon. A pulsus felszalad 104-re, visszafektetjük és csak az V. nap keletjük fel újra. — 1909. év. 1643. szülés. IIPara. IV. nap kel fel először. V. nap 1 óráig van fenn, a VI. napon a pulsusa 104-re emelkedik. Visszafektetik. Kibocsátás a IX. napon.

Ezeket az eseteket azért soroltam fel, hogy láthassuk, milyen meglepetésszerűleg következhetnek be pulusszámemelkedések a korán felkeltett gyermekágyasokon. Ha kellő ellenőrzés alatt nem állnak a felkelők, nem fekszenek vissza, a mikor a pulsus emelkedik és ezzel mintegy figyelmeztet, hogy óvatosak legyünk. Ez az ellenőrzés pedig még a klinikán is nehézkes, annál kevésbé vihető kereszttül a nagy gyakorlatban. A legalacsonyabb pulsuszámot egy 40 éves, IV. szülő nőn láttam, ki a II. napon kelt fel. Pulsusa 48—52 között váltakozva egyszer emelkedett 60-ra.

A pulusszám általános viselkedését és a hőmérsék átlagos nagyságát a felkelőkön úgy igyekeztem megállapítani, hogy 120 esetben az összes hőmérsék és pulusszámokból felkelés előtt és felkelés után külön-külön kiszámítottam az átlagos középszámot.

A 120 között volt 20 először szülő (ezek felkeltek a II. napon).
1. Hőmérsék a felkelés előtt és után való napokon átlagos középszámában 37.1—36.9. Érverés 68—57. 2. H. 36.6—36.9. É. 80—84. 3. H. 36.9—37.0. É. 68—62. 4. H. 36.6—36.7. É. 90—96. 5. H. 36.8—36.7. É. 69—80. 6. H. 36.7—36.4. É. 76—70. 7. H. 36.7—36.7. É. 85—59. 8. H. 36.7—36.8. É. 72—64. 9. H. 36.7—36.8. É. 72—64. 10. H. 36.5—36.9. É. 90—76. 11. H. 36.6—36.7. É. 68—58. 12. H. 36.8—36.9. É. 70—68. 13. H. 36.8—36.9. É. 69—70. 14. H. 36.3—36.5. É. 74—84. 15. H. 36.7—36.4. É. 70—62. 16. H. 36.4—36.4. É. 66—66. 17. H. 36.7—36.4. É. 80—78. 18. H. 36.7—36.6. É. 70—72. 19. H. 36.3—36.5. É. 87—87. 20. H. 36.3—36.5. É. 76—70.

20 primipara, a kik felkeltek a III. napon. 1. H. 36.4—37.0. É. 76—86. 2. H. 36.8—37.0. É. 80—72. 3. H. 36.7—36.7. É. 62—66. 4. H. 36.0—37.9. É. 82—64. 5. H. 36.7—36.9. É. 72—96. 6. H. 36.7—36.7. É. 72—72. 7. H. 36.5—36.5. É. 69—67. 8. H. 36.5—36.5. É. 80—75. 9. H. 36.6—36.9. É. 70—74. 10. H. 36.8—36.8. É. 78—74. 11. H. 36.9—36.9. É. 78—74. 12. H. 36.6—36.7. É. 86—84. 13. H. 36.7—36.6. É. 69—74. 14. H. 36.7—37.0. É. 76—80. 15. H. 37.0—36.9. É. 77—72. 16. H. 37.0—36.9. É. 64—58. 17. H. 36.9—36.7. É. 78—78. 18. H. 36.4—36.6. É. 71—68. 19. H. 36.3—37.1. É. 56—52. 20. H. 36.8—36.9. É. 80—68.

10 primipara, a kik felkeltek a VI. napon. 1. H. 37.0—36.8. É. 72—80. 2. H. 36.7—36.9. É. 72—63. 3. H. 36.7—36.6. É. 66—62. 4. H. 37.1—36.9. É. 92—76. 5. H. 36.8—36.8. É. 80—66. 6. H. 36.8—36.5. É. 56—68. 7. H. 37.0—36.5. É. 80—72. 8. H. 36.9—36.8. É. 74—69. 9. H. 36.5—36.3. É. 60—56. 10. H. 36.8—36.6. É. 80—70.

10 másodszor szülő nő, felkeltek a II. napon. 1. H. 36.7—36.6. É. 66—54. 2. H. 36.8—36.9. É. 86—74. 3. H. 36.1—36.9. É. 68—64. 4. H. 36.6—36.7. É. 72—76. 5. H. 36.6—36.5. É. 68—66. 6. H. 36.8—36.7. É. 68—68. 7. H. 36.7—37.0. É. 78—70. 8. H. 36.8—36.9. É. 74—70. 9. H. 36.8—36.7. É. 80—92. 10. H. 36.6—36.8. É. 74—72.

20 másodszor szülő nő, felkeltek a III. napon. 1. H. 36.3—36.6. É. 66—63. 2. H. 36.8—36.7. É. 70—70. 3. H. 36.7—36.8. É. 74—70. 4. H. 36.6—36.6. É. 50—60. 5. H. 36.5—36.7. É. 70—64. 6. H. 36.5—36.3. É. 71—62. 7. H. 36.5—36.3. É. 68—60. 8. H. 36.9—36.9. É. 80—76. 9. H. 36.8—37.2. É. 71—48. 10. H. 36.7—36.7. É. 82—78. 11. H. 36.8—36.7. É. 98—85. 12. H. 36.6—36.9. É. 66—56. 13. H. 36.8—36.5. É. 98—74. 14. H. 36.6—36.7. É. 88—70. 15. H. 36.7—36.4. É. 86—58. 16. H. 36.7—36.7. É. 74—68. 17. H. 36.3—36.5. É. 80—78. 18. H. 36.3—36.5. É. 84—76. 19. H. 36.7—36.4. É. 92—72. 20. H. 37.0—37.3. É. 72—64.

10 másodszor szülő nő, felkeltek a IV. napon. 1. H. 36.7—36.6. É. 79—79. 2. H. 36.4—36.5. É. 70—69. 3. H. 36.4—36.4. É. 70—68. 4. H. 36.5—36.4. É. 79—74. 5. H. 36.9—36.8. É. 69—68. 6. H. 37.0—36.7. É. 80—74. 7. H. 36.8—37.3. É. 80—94. 8. H. 37.0—36.8. É. 69—68. 9. H. 36.6—36.6. É. 56—52. 10. H. 37.0—36.8. É. 86—58.

20 másodszor szülő nő (felkeltek a II., III. és IV. napon). 1. H. 36.5—36.5. É. 72—69. 2. H. 36.8—36.9. É. 66—64. 3. H. 36.4—36.6. É. 78—75. 4. H. 36.9—37.0. É. 74—68. 5. H. 36.8—36.7. É. 79—76. 6. H. 36.6—36.7. É. 67—56. 7. H. 36.7—36.9. É. 66—58. 8. H. 37.0—37.1. É. 60—58. 9. H. 36.7—36.8. É. 78—70. 10. H. 36.8—36.9. É. 84—76. 11. H. 36.9—36.9. É. 72—90. 12. H. 36.6—36.9. É. 92—72. 13. H. 36.8—36.7. É. 84—76. 14. H. 36.6—36.9. É. 88—87. 15. H. 36.7—36.8. É. 67—69. 16. H. 36.7—36.8. É. 76—76. 17. H. 37.3—36.7. É. 80—78. 18. H. 36.7—36.6. É. 88—76. 19. H. 36.7—36.6. É. 66—62. 20. H. 36.8—36.7. É. 73—60.

10 többször szülő nő (V—VIII. szülés) felkeltek a II. napon. 1. H. 36.6—36.7. É. 82—90. 2. H. 36.5—36.8. É. 68—66. 3. H. 36.5—36.6. É. 72—70. 4. H. 36.9—36.8. É. 65—64. 5. H. 36.8—36.8. É. 69—64. 6. H. 36.6—37.3. É. 90—74. 7. H. 36.6—37.7. É. 66—60. 8. H. 36.6—36.5. É. 66—66. 9. H. 36.7—36.7. É. 73—70. 10. H. 36.4—36.6. É. 85—78.

Fontosnak tartottam a fentebbi adatok részletes közlését, mivel a hő- és pulsus-középszámok kiszámításából kiderül, hogy a hőmérsék és érverés a korán felkelőkben körülbelül úgy viselkedik, mint azokban, a kik a gyermekágyban a rendes ideig maradnak. A korai felkelés ez adatok szerint általában nem teszi szaporábbá a pulsust, hanem olyanformán, mint a rendes gyermekágyban, bekövetkezik az érverés lassubbodása. A maximuma a pulsusszámcsökkenésnek az V—VI. napra esik, tekintet nélkül arra, hogy hányadik napon kelt fel az illető. Az a feltételezés, hogy a gyermekágyi pulsuscsökkenés okozója a testi és szellemi nyugalom és az állandó hanyattfekvés (Fritsch), ez adatokkal nines ugyan támogatva, azonban meg kell jegyeznem, hogy az átlagos pulsusszám nem sülyedt le bradycardiáig. A fentebb említett azon esetekben, a melyekben a pulsusszám nagyobb emelkedést mutat, ez az emelkedés egy-két

kivétellel hiányos visszafejlődésre vezethető vissza; ezekben valamennyiben még lochia cruentát találtam.

A hőmérsék vagy egyforma marad (középszámításban) felkelés előtt és felkelés után, vagy felkelés után pár tizedes emelkedést mutat.

A 200 korán felkelt gyermekágyas közül csak 9-en észleltem a felkelés után többnyire csekély és rövid ideig tartó lázat (38.0 C° felett). Ezek közül a IV. nap lett lázas 2, az V. napon 3, a VII. és VIII. napon 1—1, a IX. napon 2. 4 esetben mastitis, 1 esetben endometritis, 1 esetben bronchitis, 1 esetben gastritis volt a láz pontosan kimutatható oka. 2 esetben az 1 napos hőemelkedésnek okát kimutatni nem sikerült. A 9 eset közül 4 volt 2 napig lázas, 3 csak 1 napig. Huzamosabb ideig tartó láz kettőben fordult elő. A morbiditás ezek szerint 4.5%; a rendkívül alacsony szám értékét azonban jelentékenyen megrontja az a körülmény, hogy az egyik gyermekágyas (III. napon kelt fel) abortus után támadt thrombosis, illetőleg pyaemiában az 59. napon meghalt; tehát a 200 esetre 0.5% halálozás esik. Érzékenységet a parametriumban 4 kibocsátott gyermekágyason találtam. Nagyonfokú descensus a 200 közül csak 4-en volt konstatalható.

A korai felkeltés igazi kritikáját csak akkor lehet teljes joggal gyakorolni és véleményem szerint azoknak a vizsgálatai bírnak elég súlylyal ebben a kérdésben, a kiknek alkalmuk volt a gyermekágyast 6—8 hét múlva vagy később ismét látni. A 200 gyermekágyas közül 102-t sikerült felülvizsgálnom. A vizsgálatokat a szülés után körülbelül 7—10. héttel végeztem.

Mielőtt a saját eredményeimről beszámolnék, felemlitem a rendelkezésemre álló irodalomból azokat, a kik szintén végeztek ilyen utólagos vizsgálatokat.

Hüffel (Erlangen) 150 gyermekágyast keltett fel; ezeket mind berendelte felülvizsgálatra. Megjelent közülök 46. 25 semmiféle panaszkodott, 5-nek mérsékelt fluor albusa, 2-nek vörös folyása volt (az egyik ezek közül 14 nappal, a második 4 héttel post partum). Öten alhasi fájdalmakról, hárman a menses ideje alatt való szokatlan és túlerős vérzésről panaszkodtak. 27 esetben a belső vizsgálat normális viszonyokat derített ki; retroreflexió 11 esetben (1 fixált); középfokú descensus és retroversio uteri 3 esetben (mindhárom esetben petyhüdt hasfalak, kettő közülök IIP., egy pedig IVP.); két asszonyon, a kik alhasi fájdalmakról panaszkodtak és a kiknek szülés után jó ideig volt még vörös folyásuk, az adnexumok érzékenyek és megvastagodottak voltak.

Müllerheim (Berlin) cikkében hangsúlyozza, hogy, mint a gyermekágyasotthon vezetője (10 év óta), a gyermekágyasok korai felkeltetésének utókövetkezményeiről első sorban szerezhetett tudomást. Hiszen ezt a gyermekágyasotthont azért állították fel, mivel mindenki belátta, hogy a berlini nőgyógyászati klinikáról és a Charité-ből aránylag korán elbocsátott gyermekágyasoknak még további pihenésre és ápolásra lehet szükségük. Ugyanitt volt alkalma Müllerheim-nak több olyan gyermekágyast felvenni, a kik Martin-nak a korán felkelői közül valók voltak (lásd I. rész). Martin ezeket a Charitéből mint egészségeseket bocsátotta ki, ő pedig később jelentkező panaszok (vérzés, gyuladós tünetek, retroflexio, descensus) miatt kénytelen volt őket felvenni és hetekig ágyban tartani.

Az én 102 asszonyom közül 79-nek semmi panaszja sem volt; alhasi fájdalmakról panaszkodott 14 (ezek között 8 retroflexio, részben fixált, részben mobilis, 4 parametritis, 2 adnextumor); erős vérzésről panaszkodott 5 (ezek közül 1 esetben a metrorrhagia mellett retroflexio mobilis is volt jelen); fluor albust panaszkodott 4 asszony.

A felülvizsgálás eredménye pedig a következő volt: teljesen normális genitáliákat találtam 64 esetben (3 asszony éppen akkor menstruált, 3 ismét grávida a II—III. hónapban), fluor albust 3 esetben; vulvovaginitis gonorrhoeát és parametritist 1 esetben; subinvolutio uterit 4 esetben (3 esetben 6 héttel, egyben 10 héttel a szülés után), mind a négy esetben erős vörös folyással; descensust 7 esetben (2 esetben retroflexióval kombinálva); kifejezett parametritist 2, parametran érzékenységet 4, retroversiót 3 esetben, tumor adnextumot 2 esetben. Retroflexio 15 esetben volt jelen; e retroflexiók nem azok, a kiket retroflexióval engedünk ki, ez utóbbiak, sajnos, figyelmeztetésünk ellenére sem jelentkeztek újból; a retroflexiók közül 6 teljesen mobilis, 3 félig fixált és 5 teljesen lenőtt, előre hozható nem volt. Egy asszonyon (VIII. Para,

felkelt a II. napon, teljesen normális lelettel bocsátottuk ki) 4 hét múlva alhási fájdalmak jelentkeztek, e miatt egy közpörház gynaekologiai ambulanciáján megvizsgáltatta magát, a hol konstatálták a méh hátradülését, ugyanott kolporraphiát és ventrofixatiót végeztek rajta.

III.

Összevetve a fentebbi észleléseket, általában feltűnően megjavultnak a puerperális méh involutióját, szemben az eddig követett eljárásunk eredményeivel, nem mondhatjuk. A 200 gyermekágyas közül lochia serocruentája volt a IX. napon még 43 asszonynak (köztük 14 primipara, 29 multipara), $21\frac{5}{10}\%$; teljesen véres folyása volt 5 asszonynak, $2\frac{5}{10}\%$; összesen tehát $24\frac{0}{10}\%$. Adatainkat pontosabb összehasonlítás czéljából 100 korai felkelésre alkalmas, de rendesen kezelt gyermekágyas adataival vetettük össze. Ezeken a IX. napon lochia serocruenta volt $22\frac{5}{10}\%$ -ban. A különbség tehát e tekintetben elenyésző csekély, de olyan gyakori és oly erős véres folyást, mint a korán felkelőkön, 8 napig pihenő gyermekágyasainkon nem láttunk. A korán felkelők között 21 esetben volt tökéletlen a méh visszafejlődése ($9\frac{5}{10}\%$); kibocsátáskor 2 retroflexio és 3 retroversio; a 100 átvizsgált, a VIII. napon felkeletett gyermekágyas között egyetlenegynek volt a kibocsátáskor retroversiója. A 200 kísérleti gyermekágyas közül 9 lázas volt, $4\frac{5}{10}\%$ morbiditas [Kettner szerint Freiburgban a korai felkelők morbiditása $5\frac{5}{10}\%$; Alvensleben szerint (Kiel) $10\frac{0}{10}\%$; Martin (Berlin) szerint $13\frac{0}{10}\%$; Rosenfeld szerint (Wien) $0\frac{99}{100}\%$], ámde ennek az aránylag kedvező számnak az értékét jelentékenyen lerontja, mint már említettem, az a haláleset ($0\frac{5}{10}\%$ mortalitas), melyet teljes joggal a korán felkeltés rovására írhatunk.

A felkelés igazi hasznát én a következőkben láttam: a gyermekágyasok átlag frissebbnek érezték magukat, az étvágyuk jobb volt. Kibocsátáskor határozottan erősebbek voltak (ez egyébiránt természetes, mert már pár napig fennjártak), mint azok, kik a kibocsátás előtt való napon keltek ki először az ágyból. A székürítés, a vizezés minden akadály nélkül ment végbe. Kathetert egy esetben sem kellett alkalmaznunk; igaz ugyan, hogy ebben a tekintetben a rendesen kezelt gyermekágyasainknál is alig volt fennakadásunk; katheret egy esztendőben alig párszor kell igénybe vennünk.

A tejelválasztás különösebb megjavulását a korábban felkelt gyermekágyasokon nem észleltük. A mi a csecsemők súlygyarapodását illeti, erre nézve is a régi rendszer szerint kezelt 100 gyermekágyastól született csecsemők súlyait vettük zsinórmértékül és ezeknek a gyarapodását $1\frac{3}{10}\%$ -kal találtuk jobbnak, mint az olyan csecsemőket, a kiknek anyja a szokottnál korábban kelt fel. Viszont az anyák súlyvesztése a régi rendszer mellett nagyobb, a mit a korábban felkelők jobb étvágyából és talán a rendesebb bélműködésből lehet magyarázni. Mig a régieknél a súlyvesztés átlagos közép száma $8\frac{39}{100}$ kgm., addig a korán felkelőknél csak $8\frac{05}{100}$ kgm.

Mi a gyermekágyasainknak szabad választást adtunk a felkelést illetőleg, miután kijelöltük azokat, a kiknek szabad volt felkelniük. Eleinte 10 közül csak 3—4 kelt fel szívesen. Érdekes, hogy azok, a kik már szültek a klinikán és a régi módszer szerint lettek kezelve, nem akartak felkelni. Később azután mind többen és többen kaptak kedvet a felkeléshez; ez azonban — véleményem szerint — csak a példa hatása volt. Teljesen igaza van Baum-nak, a ki erre vonatkozólag így ír: „Megkérdeztem több fiatal gyermekágyast, vajjon szívesen felkelne-e? mindegyik nemmel felelt a kérdésemre. Azonban meg vagyok győződve, ha az első igent mondott volna, akkor a többi is követte volna. Az utánzási ösztön bámulatos! Voltak idők, a mikor az a szokás járta, hogy a gyermekágyasok ágyastól-mindenestül hagyták el a klinikát. Akkor drága kinsért sem lehetett volna egyet is rávenni, hogy ágyon kívül töltsön el pár napot és saját lábán hagyja el az intézetet. Jelenleg a dolog fordítottja divik“. Ezt bizonyítják azok az eseteink is, melyekben az illetők az első napokban teljes erővel tiltakoztak a felkelés ellen, később, a többit látva, a IV—V. napon kikiváncsoltak az ágyból.

A felkeltéssel kapcsolatban ájulás nem fordult elő. Gyengeség miatt 3 asszonyt kellett visszafektetni. Az egyik a III. napon kelt fel először (fél órára), a IV. napon ismét felkelt, de annyira

bágyadtnak érezte magát, hogy vissza kellett fektetni. A másik az V. napon kelt fel először (fél órára), de mivel erősen szédült, visszafektettük. Végül a harmadiknak (IV. napon kelt fel) pár percet az ágy mellé való kiülése után reszketni kezdtek a lábai, ájulás környékezte, visszafektült. Ez azután a VI. naptól kezdve több napon át lázas volt. Az ilyen apró rosszulléteken kívül főképpen a fentebb közölt meglepetésszerű pulusszaporulat teszi szükségessé a korán felkelt gyermekágyasoknak állandó és gondos ellenőrzését. Ugyanitt kell megemlítenem, hogy 5 esetben fordult elő, hogy a gyermekágyason a korai felkeltés következtében a lochia alba ismét lochia serocruentává, egy esetben pedig cruentává változott át. Az utóbbi esetben közepes véres folyás miatt a gyermekágyast a szokottnál hosszabb ideig tartottuk benn az intézetben.

A felülvizsgálat alkalmával a 102 asszony közül tehát teljesen egészséges volt 64. Eltekintve egyéb bajoktól, 15 asszonyon találtunk reflexiót ($7\frac{5}{10}\%$); Winckel szerint $8\frac{0}{10}\%$ -ban támad retroflexio az első gyermekágy után. Ez a százalékszám tehát valamivel kisebb ugyan, de a különbség nem olyan nagy, hogy ebből a korán felkelés különös befolyására lehetne következtetni. Sőt, ha mint azt Heimann cikkében kimutatja, a korán felkelt asszonyokon a IX. napon megejtett vizsgálatkor $0\frac{5}{10}\%$ a retroflexio szemben a rendesen kezelt $2\frac{0}{10}\%$ -ával, én megejtett vizsgálataim alapján bátran merem állítani, hogy ez a másfél százalék különbség a szülés után 6—10 hét múlva eltűnik. Később, a végeredményben semmi esetre sem fogunk már $1\frac{5}{10}\%$ különbséget találni.

A korán felkelt asszonyokon a 6—10 hét múlva megejtett felülvizsgáláskor $37\frac{0}{10}\%$ -ban találtam kisebb-nagyobb genitális elváltozást. Ezt az aránylag magas számot a mi eddig való kezelésünk mellett nem szoktuk meg. Az 1909. évben 1742 szülés folyt le az egyetemi I. sz. női klinikán. A gyermekágyasok közül kisebb-nagyobb panaszokkal 13 jelentkezett ambulanciánkon. Ez a szám, tekintve a gyermekágyasok óriási számát, még akkor is elenyésző, ha azt is számításba vesszük, hogy a megszülettek egy része talán más kórház ambulanciáján jelentkezett, avagy hogy vidékre költözött. Tapasztalás szerint azonban az asszonyok panaszaikkal rendesen azt az intézetet keresik fel, a hol szültek; távozásukkor a vizsgálat alkalmával fel is hívjuk őket, hogy betegség-tünetek jelentkezése esetén mutassák magukat. Egyébiránt a klinikai szegény-ambulancia eddig is a legfényesebb példáit vetette felszínre a korai felkelés következményeinek. Egy egész legiója a munkássasszonyoknak felel arra a kérdésre, hogy „mióta érzi a panaszolt fájdalmat“, azzal, hogy az utolsó szülése óta. Itt láthatjuk néha a legsúlyosabb következményeit a korai felkelésnek, a mi a gyakorlatban mindig egyértelmű a korai munkakezdéssel.

A gyermekágy után fejlődő számtalan női betegség elhanyagolását megakadályozandó, ajánlja Reich (Centralblatt für Gynäkologie, 1910. év 1043. lap.), hogy a klinikákról elbocsátott asszonyok figyelmeztető és utasító lapokat kapjanak; mi szerintünk az volna a legjobb, ha minden gyermekágyas, kivétel nélkül, hat hét múlva utóvizsgálatra jelentkeznek.

Hogy mennyire nem vált általánossá a korán felkelés Németországban sem, a honnan a mozgalom kiindult, pár idézettel óhajtom még bizonyítani. Ezek az idézetek oly népszerű könyvecskékből valók, melyek legújabb kelettel a gyermekágy ápolására vonatkozó utasításokat tartalmaznak.

Martin professor így ír (Fragen des Lebens. Die Pflege und Ernährung der jungen Mutter. Verlag für Volkshygiene und Medizin, Berlin, 1909. év. 14. oldal.): Természetesnek látszik, hogy a gyermekágyas addig pihenjen az ágyban a szülés után, a meddig a méh teljesen visszafejlődött. Másrészt azonban az ágybanfekvés egynemely tekintetben káros hatású is lehet. Mindenesetre a felkelésnél tekintetbe kell venni az illető közérzetét és erőbeli állapotát. Általánosságban addig fektessük a gyermekágyast ide ne mozdulatlanul fektüdjék, hanem oldalt és ülő helyzetben), a meddig a lochia alba jelentkezik. Ez némelyeknél a (V—V. napon, másoknál a VI—VIII., esetleg X. napon történik meg. Ha az asszony elég erősnek érzi magát a felkeléshez, mindig az orvos döntsön. Mindenesetre az első 3—4 napon át a felkelés csak annyiból álljon, hogy a gyermekágyas az ágy mellé egy kényelmes karosszékre kiül; dolgoznia semmit sem szabad és

különösen óvakodjék attól, hogy gyermekét emelgesse és öltöztesse. Arra semmit sem lehet adni, hogy vannak olyan asszonyok, a kik már a II. napon felkeltek és dolgozni kezdtek, a nélkül, hogy bármi kárunk lett volna belőle. Az ilyen könnyelműség sokszor csak később súlyos, néha majdnem gyógyíthatatlan betegséget vonhat maga után.

Albert Wagner (Die Wochenbettspflege. II. Aufl. 1909. F. Enke, Stuttgart. Handbuch für Pflegerinnen.): A gyermekágyas 9. nap előtt sohasem hagyhatja el az ágyat, akármilyen jól érzi is magát, s akkor sem, ha a szülés teljesen normálisan folyt le. Gyöngye gyermekágyas legalább 14 napig fekvődjék. A felülést szigorúan tiltja. Ellenben tanácsolja, hogy a gyermekágyas a hátont fekvést az oldalfekvéssel mind többször váltogassa. Czélszerű, ha kitanítjuk a gyermekágyast, hogy napjában kétszer több ízben egymásután húzza fel és engedje vissza a lábait (ágytorna).

F. B. Simon (Die Gesundheitspflege des Weibes. Populäre Ausgabe. Stuttgart 1909. Verl. J. H. W. Dietz Nachf.). Az első 24 óra alatt (szülés után) a gyermekágyas maradjon hátton fekvő egészen mozdulatlanul. A következő napokon, feltéve, hogy a genitáliákon nagyobb sérülés nincsen, megengedhetjük, hogy óvatosan oldalt forduljon. Felülni, felegyenesedni egészen a 2. hét kezdetéig a legszigorúbban tilos.

Walther H. (Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen, für Pflegerinnen. Wiesbaden. Verl. J. F. Bergmann. 1910.): Ha nem is tekintjük a gyermekágyast betegnek, mégis a szülés után következő első napokban a leg gondosabb ápolásra, a genitáliák visszafejlődésének idejében feltétlenül nyugalomra és pihenésre van szüksége. A legnagyobb súlyt kell fektetni a gyermekágy ápolásában a testi, valamint a szellemi pihentetésre. Ha az asszony elég ideig marad a gyermekágyban, minden valószínűséggel megmenekül azoktól a nehéz és sokáig húzódó női bajoktól, a melyek rövid gyermekágy következményeiként szoktak jelentkezni. Legjobb, ha a gyermekágyas a szülés után 8–10 napig marad ágyban. Az első napokban fekvődjék a hátán, az első hét közepétől kezdve oldalt fordulhat, esetleg kisebb mozgást is végezhet. Óvakodjunk a brüszk tornagyakorlatoktól!

Véleményem szerint a klinikák, mint legfelsőbb kísérleti állomások, csakis olyan újításokat szentesítsenek, a melyeknek gyakorlati fontosságáról és czélszerűségéről — a leglekiismeretesebb vizsgálatok és hosszú időre terjedő tapasztalás után — meg vannak győződve. A jómódú asszonynak nincs szüksége arra, hogy a szülés után másnap már kiszálljon az ágyból. A szegény meg, akárhogy tiltuk, a mint felkel, mert kényszerül, munkába fog állani. S ha e szociális tekintetek mellett különös előnyét a régi kezelés felett nem látjuk a korán felkelésnek, csakugyan nincs elfogadható alapunk arra, hogy változtassunk az olyanynyira egyszerű régi kezelésen. Befejezésül klinikánk álláspontjának híj jellemzésére betű szerint idézem azt a nyilatkozatot, a melyet Bársony tanár tett a Klinisch-therapeutische Wochenschrift szerkesztőségének felhívására:

„A budapesti egyetemi I. számú női klinikán a gyermekágyasokat hely hiánya miatt évtizedek óta a nyolczadik nap estéjén, a délutáni hőmérőzés után keltjük ki az ágyból; a kilencedik nap déli óráiban megvizsgáljuk őket s az egészségeseket aznap elbocsátjuk. A gyakorlatban a jobbmódú, gyengébb és nagyobb kímélethez szokott asszonyokat a szülés után két hétig fektetjük. A gyermekágyasok a két első napon a kiállott szenvedés és a kifejtett izommunka után, a harmadik és negyedik napon pedig a tejelválasztás indulása alatt az emlőmirigy duzzadása folytán szívesen és nyugodtan fekszenek; ezentúl a mozgást az ágyban megengedjük; azoktól, a kik tovább is fekszenek, a nyolczadik naptól, t. i. attól az időtől, a midőn a méh már a medenczébe süllyed, megkivánjuk, hogy időnként oldalt fekvődjenek. A fektetésre vonatkozó e rendszabályok mellett évek is elteltnek, míg emboliát látunk. A gyermekágyasoknak minden áron korán felkelését nem tartom üdvösnek sem a közelebbi, sem a távolabbi jövőre való tekintetből. A szülést követő 24 vagy 48 óra a gyermekágyas legjobb állapota mellett sem biztosít bennünket semmi tekintetben még arról sem, hogy mit fog hozni a gyermekágy 3. napja, még kevésbé a rendszerint csak a hét végén mutatkozó pyaemia, s legkevésbé a második héten vagy későbbben jelentkezni szokott

gonorrhoeás peritonitis kitörése ellen. Az éppenszült olyan súlyosan sebesült, a kinek a sorsa mindig bizonytalan. Hogy ez így van, tanúsítják azok a gyermekágyi lázak, melyeket azokon is láthatunk fejlődni, a kik klinikákon szültek s a kiket belsőleg nem vizsgált meg senki. Példaként említve: minél kevésbé intelligens valamely szülőnő, annál gyakrabban nyulál a fájó testrészéhez s szennyezi be maga magát. A mozgás és a vele járó insultusa a beteg genitáliáknak a legértékesebb gyógyító tényezőt, az organismust zavarja meg védő munkájában. A gyermekágy kritikus ideje a 3–4 első nap; ez idő alatt mutatkozik rendszerint a nyirokutakon haladó fertőzés s kis hőemelkedésekkel s szaporább pulussal elárlja magát vagy gyanút kelt az az infectio, a mely a gyermekágy későbbi napjain fog majd jelentkezni. Az ilyenekre a nagyon korán való felkelés és mozgás súlyos következményekkel lehet összekötve. És ha momentán nem okoz is complicatiókat a korán felkelés, s ha a méh, a diaphragma pelvis, az izmos részei a genitáliáknak a mozgás folytán csakugyan jobban fejlődnek is vissza, mint a fekvés alatt, akkor sem lehet elbírni, hogy a megnyúlt és kitágult hüvelyfalak visszafejlődésére is jótékonyan hatna a szülés után nehéz belső genitáliák súlyával való megterhelés. Magyarország egyes vidékein a szegény nép már a szülés napján, vagy a második napon felkel és dolgozik; e falkában az asszony-nép künnhordja a méhét, prolapsusban szenved. A klinikai statistika szerint 1903 január hó 1.-étől 1908 december hó 31.-éig ápolt 9257 gyermekágyra 34 thrombosist találtunk = 0.36%, s kettő kapott tüdőemboliát = 0.02% (az egyik halálos sepsis mellett). A 34 között 14 lázas, 14 subfebrilis, 6 láztalan volt. A complicatio 14-szer az első, 11-szer a második, 9-szer a harmadik héten kezdődött. Ha a thrombosisek és emboliák ez alacsony százalékszáma mellett még azt is mérlegelem, hogy melyik eljárás humánusabb, a korán felkeltés-e vagy a pihentetés, oda concludálok, hogy nincs okom változtatni a gyermekágyasokra nézve eddig folytatott kezelésmódon.“

Irodalom. Küstner: Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Berliner klin. Wochenschrift, 1877. — K. Ruge: Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1904. II. Suppl. — Krönig: Naturforscherversammlung Stuttgart. Ref. Centralblatt für Gynäkologie, 1906. 49. szám. — Hartog: Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 1. szám. — Fränkel, Küstner: Discussion (Gyn. Gesellschaft, Breslau). Centralblatt für Gynäkologie, 1907. 1. szám. — Gauss: Centralblatt, 1907. 26. szám. — Berczeller: Gyógyászat, 1908. 40. szám. — Rosenfeld: Gynäk. Rundschau, 1908. 11. sz. — Krönig: Münchener mediz. Wochenschrift, 1908. 47. szám. — Krönig: Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 38. sz. — Krönig: Verhandlungen der 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. 1908. — Opitz: Ugyanaz. — Ed. Martin: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., 62. kötet, 1. szám. — Werth: Verhandl. der 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. 1908. Centralblatt f. Gyn., 1908. 33. szám. Kritik der prämonitorischen Symptome d. Thrombosen und Embolien. — V. Alvensleben: Centralblatt f. Gyn., 1908. 1184. l. — Jüsgen: Inaug.-Dissert. Freiburg, 1908. — Hofmeier, Fehling: Verhandlungen der 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. 1908. — Fromme: Zeitschrift für Geb. u. Gyn., 1908. 63. kötet, 1. szám. — Kettner: Inaugural. Dissert. Freiburg, 1908. — Schücking: Centralblatt, 1908. 1635. l. — V. Herff: Berichte d. oberrhein. Gesellschaft f. Geb. und Gyn. — G. Lang: Inaug.-Dissert. 1908. Bonn. — Brutzer: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., 1897. 37. kötet. — Gauss: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Dresden. — Zurhelle: Archiv f. Gynäkologie, 84. kötet, 2. szám. — Krauss: Beiträge z. Geb. u. Gyn., 1908. — Wiener klin. therap. Wochenschrift, 1909. 48. és 49. szám. (Rundfrage.) — Ziegenspeck: Centralblatt, 1908. 23. szám. — Olshausen: Centralblatt, 1908. 1. sz. — Ed. Martin: Monatschrift f. Geb. u. Gyn., 27. kötet. — Küstner: Normale und pathologische Lage des Uterus. Stuttgart, 1885. Ferd. Enke. — H. Fehling: Strassburger med. Zeitung, 1909. 1. füzet. — Erich Opitz: Med. Klinik, 1909. 1. és 2. szám. — A. Hüffel: Centralblatt f. Gyn., 1909. 22. szám. — R. Müllerheim: Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 45. szám. — Felix Mendel: Münchener med. Wochenschrift, 1910. 971. l. — Fromme: Centralblatt f. Gyn., 1909. 1. szám. — Hofmeier: Centralblatt f. Gyn., 1909. 1. szám. — H. Fritsch: Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 8. szám. — H. Kümmel: Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 43. szám. — Gustav Vogel: Sammlung klinischer Vorträge. Serie d. Gynäkologie, 193. szám. — Franz Schweneinger: Dissert. Inaug. München. 1910. — Fritz Heimann: Monatschrift f. Geb. u. Gyn., 1910. XXXI. kötet. — G. Schückel: Praktische Ergebnisse der Geb. und Gyn., I. évfolyam, I. rész. — J. Lewisohn: Monatschrift f. Geb. u. Gyn., XXXI. kötet, 1910 április. — Franz Schweneinger: Monatschrift f. Geb. u. Gyn., XXXII. kötet, 1. füzet. — Eckstein: Gynäk. Rundschau, 1910. 9. és 10. szám. — Über das Frühaufstehen nach Laparotomien. — Ed. Björkenheim: Gyn. Rundschau, 1910. 14. szám. — Velits: Über das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Centralblatt, 1910. 25. szám. — M. Runge: Lehrbuch der Geburtshilfe, 1909.

Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bjakórtani klinikájáról.

„Ehrlich 606” és syphilis-gyógyítás.³

Beszámoló az Ehrlich-féle szerrel a syphilis gyógyítása terén a klinikán eddig elért eredményekről.

Irta: *Marschalkó Tamás* dr.

(Vége.)

A mi most már az *injectiók hatásának a tartósságát*, a legfontosabb kérdést illeti, erre nézve egyelőre a következő körülmények nyújthatnak felvilágosítást:

1. A *refractaer* esetek; azok, a hol a szer a meglevő tüneteket nem tudta teljesen eltüntetni, vagy egyáltalában nem befolyásolta a bajt.

2. A *recidivák*; a hol a tünetek elmúltak ugyan, azonban rövidebb-hosszabb idő múlva kiújulás állott be; és végre

3. a *Wassermann-reactio magatartása* az injectio után.

A mi az első pontot illeti, aránylag elég nagy számmal találtam én is ily eseteket. Nem szólok itt a *parasyphilis* bántalmáról, a melyek más megítélés alá esnek; ezekről röviden csak annyit említhetek meg, hogy bár kifejezett *paralysis* eseteiben az arsenobenzol alkalmazásától semmiféle hatás sem várható, pár esetben annak legkezdetibb stadiumában aránylag elég szép remissiót sikerült elérnem; persze kérdés, hogy meddig fog tartani és másrészt azt sem szabad elfelejteni, hogy ilyen remissiók eddig is előjöttek, különösen erőlyes kénese- és jodkezelés után; *tabes* pár esetében ellenben a hatás meglepő volt; így egy esetben a 4 év óta tartó kinzó gastrikus krisisek teljesen megszűntek és a beteg még 3 hónappal a befecskenkezés után is jól érzi magát; pár más esetben pedig az erősen kifejezett ataxia jelentékenyen csökkent. Persze itt is kérdés, hogy mennyiben specifikus ez az utóbbi hatás, és nem csak inkább a 606 alkalmazása után rendszeren beálló erőgyarapodásnak tudható-e be.

A *leukoplakia* az én tapasztalásom szerint is a legelőnyösebben befolyásolható a szer által.

Az arsenobenzol igazi hatásának a megítélésére nézve azonban a *parasyphilis* bántalmak nem alkalmasak, sőt — azt mondhatnám — nem alkalmasak még a *tertiar syphilis* bántalmak sem. A *tertiar syphilis*ben eddig is gyakran előfordult, hogy egyetlen erőlyes kénese-jodos kezelés után *recidiva* nem állott be; és így a hatás tartósságának a megítélésére tulajdonképpen csak a *friss, a korai stadiumban levő syphilis*-esetek alkalmasok és pedig úgy a *sclerosisok*, mint a *syphilis* másodlagos alakjai.

Erre nézve kiválogattam azokat az eseteket, a melyeket a tünetek elmúlása után még jó ideig tudtunk észlelni és nálunk rendszeres *Wassermann-vizsgálatokat* végezni; vagy pedig a melyekben már előbb *recidiva* állott be, illetőleg a melyek a szerrel szemben *refractaer* viselkedtek; a tünetek egy darabig ugyan visszafeljöttek, de ez nem volt teljes; végre, a melyek csak alig reagáltak a befecskenkezésre. Ilyen azonban alig fordult elő. Olyan esetet, melyet a fenti célra értékesíteni lehet, összesen csak 62-t tudtam kiválogatni; ezek között *refractaer* eset 20 (32·2%) volt.

Megtörtént, és erre nézve több jól észlelt esetünk van, hogy az injectio után a tünetek pár nap alatt, tehát gyorsan visszafeljöttek, úgy hogy 3—4 nap múlva például már csak egy papula maradt vissza; ez azonban semmiképpen sem változott és a *spirochaeták*, a melyek különben a mi tapasztalásaink szerint is 24—48 óra múlva el szoktak tűnni, ebben az egy papulában állandóan megmaradtak, még pedig ugyanoly számmal, mint kezdetben voltak, és mozgásuk sem változott; ezek a *spirochaeták* nyilván arsenállóvá váltak. Ezt azért állithatom, mert két esetben, a melyben újraoltást végeztem, ezek a papulák s a bennök levő *spirochaeták* a második arsenobenzol-injectio után sem változtak. Az egyik beteget be is mutathatom. Az illető H. M., 19 éves hajadon, napszámosnő, papulo-pustulás kiütésekkel és majd az egész szájrületet elfoglaló hypertrophiás papulákkal vététt fel augusztus hó végén a klinikára; infectio 1910 májusban, előzőleg június és július hóban 28 inunctio a 3·0 ung. hydrargyr. cum resorbino. Szeptember 1.-én 0·5 Hy jelzésű arsenobenzol-injectio subcutan (testsúly 61 kgm). A tünetek gyönyörűen fejlődnek vissza; a szárgaratüreg nagy, túltengett, jórészt teljesen összefolyó szalonnás

felületű papulái már másnapra kezdik szalonnás külsejüket elveszteni és lapossá válnak, további 3 nap alatt meg végképpen eltűnnek, kivéve a felső ajk jobb oldalán, a hol körülbelül 2 cm. hosszú, 1 cm. széles helyen a nagy, kiemelkedő, szalonnás beszűrődés egyáltalában nem akar változni s *spirochaeták*at mindig nagy számban tartalmaz; október 6.-án még körülbelül ugyanabban a stadiumban van, a visszafelződésre való legkisebb hajlam nélkül, sőt úgy tűnik fel, mintha a papulás beszűrődés még terjedne. Második injectio október 6.-án ugyanazzal az adaggal. Mint látható, több mint két héttel a második injectio után a papula még egyáltalában nem változott, *spirochaeták* állandóan éppen oly számmal vannak jelen.

Pár más esetben második injectio nélkül kénese-kúrára fejlődtek vissza a még megmaradt *syphilis*tünetek, még pedig meglehetősen gyorsan. Hát ezekben az esetekben nem lehet azt mondani, hogy az alkalmazás módja rossz volt, hogy nem szívódott fel elég a szerből; hisz akkor a többi tünet nem mult volna el oly feltűnő gyorsan; azt sem lehet mondani, hogy az adag kicsiny volt, mert egyik másik esetben az alkalmazott dosis a testsúlyhoz viszonyítva a maximális volt.

Hasonlót mondhatok a *recidivákról* is, a melyek szintén elég nagy számmal fordultak elő, a 62 esetből 11 (17·7%).

És pedig *recidivák* nemesak korai, hanem *tertiar syphilis*ben és *syphilis* maligna alakjaiban is előfordultak, a hol pedig a szernek hatása a legszembetűnőbb és talán a legáldásosabb is, mert ezek az esetek a kénese tudvalevőleg gyakran nem reagálnak, sőt többször még rosszabbodnak is. Egy ily kiújult *syphilis* maligna esetet újraoltottam és a beteget szerencsém van be is mutathatni. A második oltás ez esetben (csak 2 nap előtt történt) úgy látszik sikeres lesz.

Itt ismét csak azt mondhatom, hogy ezekért a *recidivákért* sem merném sem az alkalmazás módját, sem pedig az adag kicsinységét, legalább teljességgel felelőssé tenni, mert hisz, hogy a szer gyorsan hatott, hogy a felszívódás elég nagy mérvű és gyors volt, azt láttuk; a tünetek gyorsan, sőt egyik-másik esetben bámulatos gyorsan fejlődtek vissza és az adag is elérte egyik-másik esetben a maximumot. Persze nem az előbb említett és némely szerző által használt túl magas adagokat értem, hanem az *Ehrlich* által előírt és a legtöbb szerző által betartott maximális adagot: 0·01 pro kilogramm testsúly.

Igen élénken illusztrálja ezt az az eset, a melyet szintén szerencsés vagyok bemutatni. Az illető J. I., 16 éves hajadon eselédleány, augusztus végén vététt fel a klinikára a *suleus genitalis*ben két oldalt fekvő fillérnyi elsődleges *syphilis*es bántalommal (*erosiv* sankerek). A *Wassermann-reactio* már felvételkor erősen pozitív, más tünet azonban nincs. Injectio augusztus 30.-án 0·5 Hy jelzésű arsenobenzollal. Testsúly 54·8 kgm. A *spirochaeták* már 24 óra múlva eltűntek, 48 órával az injectio után mindkét *sclerosis* behamosodott. A *Wassermann-reactio* 4 hét alatt teljesen negatívvá vált, újabb két hét múlva, tehát 6 héttel az injectio után mindkét *sclerosis* ismét kifoszlott, számos *spirochaetával*; a *Wassermann-reactio* ismét erősen pozitív. Itt tehát maguk a *sclerosisok* *recidiváltak*; más tünet még nincs.

És ezzel áttérek arra a pontra, a melynek az *Ehrlich*-szer hatása tartósságának megítélésében a legnagyobb szerepe van, és ez a *Wassermann-reactio magatartása az injectio után*.

Hogy a pozitív *Wassermann-reactio* annak a jele, hogy a szervezetben még activ, életképes virus van, és hogy gyógykezelésünkkel azt befolyásolni tudjuk, s a pozitív reactiót negatívvá változtathatjuk, azt manapság már majdnem minden bűvár elismeri. Én a magam részéről a legteljesebb mértékben meg vagyok győződve ennek a tételnek a helyességéről; hisz éppen intézetemben és *Purjesz* tagtársam intézetében végeztek *Csiki* és *Elfer* kartársak igen érdekes és tanulságos kísérleteket a *sublimathaemolysis*re vonatkozólag, a melyek bizonyítják, hogy a kénese-kúrákra a *syphilis*es egyének vérében beálló változás, hogy a pozitív reactio negatívvá válik, nem magának a kénese-nek *haemolysis* hatásában, hanem igenis magának a virusnak a kénese által való befolyásolásában leli magyarázatát.

Természetes dolog, hogy az arsenobenzol gyógyhatásának, és pedig *maradandó* gyógyhatásának megítélésében nagyon fontos szerepe van a hosszú időn át rendszeresen végzett *Wassermann*-

vizsgálatoknak, és így az is természetes, hogy erre kezdettől fogva a legnagyobb gondot fordítottuk, és az arsenobenzollal kezelt betegeken úgy az injectio előtt egyszer, mint utána többször, és pedig először hetenként, később kéthetenként Wassermann-vizsgálatot végeztünk. Különösen értékesek a szer hatásának megítélésében a Wassermann-vizsgálatok, ha azokat, úgy a mint azt mi teszszük, *quantitativ* módon végezzük.

Mi ugyanis minden egyes esetben a complementet titráljuk és meghatározzuk a complementmennyiségnek azt a maximumát is, a melyet az illető vérsavó még lekötni tud, és a mely a reactióhoz használt 1. és 2. titernek a 10-szeresét, sőt 20-szorosát is kiteszi. Húsz titernél feljebb nemcsak időhiányból, de gazdasági okokból sem mehettünk, mert tengerimalacz-állományunk így is erősen megfogyatkozott az Ehrlich-aera óta.

Természetes most már, hogy ilyen *quantitativ* vizsgálat mellett mi már akkor is észleljük és lépésről lépésre követhetjük a Wassermann-reactio csökkenését, a mikor az még tulajdonképpen meglehetősen erős, és a rendes reactióban semmi sem árulja el azt, hogy az illető vérsavóban a complementkötő anyagok már csökkenőben vannak; hisz a rendes reactióhoz a complement titerét és ennek a titernek a kétszeresét használjuk fel; ha ezt az illető vérsavó teljesen megköti, akkor pozitív reactióról szólunk. Ha azonban valamely vérsavó az előző vizsgálatkor a complement titerének 15, sőt 20-szorosát is lekötötte, és a következő vizsgálatkor már csak a 10-szeresét vagy pláne csak 5-szörösét köti le (a vizsgálatokhoz mindig a complement-titer 5—10—15 és 20-szorosát veszszük): ott a reactio tulajdonképpen már erősen csökkent, annak ellenére, hogy még mindig erősen pozitív, és a rendes vizsgálattal ez a csökkenés nem is mutatható ki. Ezért bírnak az általunk végzett Wassermann-vizsgálatok különös értékkel, mint ezt maga Ehrlich is hangsúlyozta egyik hozzám intézett levelében.

A mi már most a Wassermann-reactio magatartását illeti az arsenobenzollal kezelt betegeinken, a mi vizsgálataink egyáltalában nem egyeznek meg azokéival, a kik a Wassermann-reactio gyors csökkenéséről és a legtöbb esetben az injectio után pár héttel teljes eltűnéséről számolnak be.

Megvallo, teljesen érthetetlen előttem, miképpen tudták némelyek az eseteknek 80 sőt 90%-ában a Wassermann-reactio gyors eltűnését észlelni az injectio után. Ezt csak azzal lehetne magyarázni, hogy a mi vizsgálati módszerünk sokkal érzékenyebb, mint azoké, a kik — mint azt legtöbben teszik — nem a complementet titrálják a Wassermann-vizsgálatok alkalmával.

A legtöbb esetben kezdetben ugyan mi is azt tapasztaltuk, hogy a reactio az injectiót követő második-harmadik héten, néha még előbb is csökkenni kezd és ez a csökkenés fokozatos volt, úgy hogy kezdetben a legszebb reményekkel voltunk eltelve. De ez a csökkenés az esetek nagyobb számában megállt, s esetleg később a reactio ismét erősödött. Pár esetben, a hol recidiva állott be, nagyon szépen észlelhettük, hogy mily pontos indicatora a Wassermann-reactio a recidivának; így az imént bemutatott J. I. esetében, a hol az előbb erősen pozitív reactio az injectio után 4 héttel már teljesen negatív volt, s alig két héttel rá, a mely idő megfelelt a recidiva beállításának, vérsavója ismét oly erős pozitív reactiót adott, hogy a complement 20-szorosát is megköttette.

Azokban az esetekben, a melyekben a kezdetben csökkenő reactio, mielőtt még teljesen negatívvá vált volna, csökkenésében megáll, sőt ismét emelkedik, biztosra lehet venni, hogy a gyógyítás nem sikerült és recidiva van keletkezésben.

Pár esetben — rendesen egészen friss kezdődő sclerosisokban —, a midőn a Wassermann-reactio éppen csak keletkezésben volt és az injectio előtt sem adott a vérsavó teljes kötést, azt tapasztaltuk, hogy az Ehrlich-szer befecskendezése után rövid ideig még emelkedett a reactio erőssége és csak azután kezdett csökkenni.

Párszor tertiaer syphilis-esetekben mi is észleltük, hogy az injectio előtti gyengén pozitív reactio erősebb lett; ilyen esetekről mások is, különösen Lange, tesznek említést.

Ha összegezzük az injectiók utáni Wassermann-reactiók arányszámait, úgy látjuk, hogy 56 beteg közül csak 11-ben tűnt el körülbelül 6 hét alatt (19.6%); 7 esetben csak csökkent, de nem tűnt el (12.5%); ellenben nem tűnt el, vagy az eltűnés után ismét emelkedett 38 esetben (68%). Ez az arányszám tehát nem mondható nagyon kedvezőnek a sterilisatio magna szempontjából,

de éppen nem megvetendő, ha meggondoljuk, hogy az esetek körülbelül 20%-ában egyetlen befecskendezésre a reactio teljes eltűnése, közel 13%-ában pedig annak jelentékeny csökkenése volt a következés; persze itt is kérdés még, hogy a negatívvá vált reactiók, ha az észlelési idő még hosszabb lesz, nem válnak-e ismét pozitívvá.

Azokban az esetekben ellenben — és ezek az összes esetek $\frac{2}{3}$ -át teszik —, a hol a reactio nem változott, vagy ha csökkent is, sőt esetleg el is tűnt, de ismét emelkedőben van, meggyőződésem szerint a 606 tartós hatásáról nem lehet szó, bár a betegség tünetei ezeknek az eseteknek jó nagy részében egészen prompte befolyásoltattak a szer által.

* * *

Pár szót akarok még szólni a szernek hatásáról öröklött syphilisben. Újszülötteken a szer közvetlen alkalmazása, mint erre többen figyelmeztettek, bizonyos risicóval jár még akkor is, ha nagyon kis adagokban alkalmazzuk; ezt Ehrlich már csak azért sem ajánlja, mert ezeknek a gyermekeknek nagy része úgys elpusztul és ezek a halálesetek azután a szernek rovására esnének. De az is egészen bizonyos, hogy maga a szer is okozhat hirtelen halálozást. Ezt úgy magyarázzák, hogy a heredo-syphilisnél jelenlevő óriási számú spirochaeta hirtelen elpusztulása alkalmával szabaddá vált endotoxinok azok, a melyek a gyermek halálát siettetik. Ezért például Wechselmann úgy jár el, hogy újszülötteknek először csak nagyon kis adagot ad és csak ha a gyermek azt túléli, fecskendez be pár nap múlva egy másik kissé nagyobb adagot.

Csecsemők kezelésekor a Duhot és Taege által leírt módon járhatunk el, hogy tudniillik az anyát oltjuk; az anyatejjel azután nem az arsen, hanem valószínűleg az anyában termelt antitestek jutnak a csecsemőbe és ezek azok, a melyek a syphilisét a legkedvezőbb befolyásolják. Ha aztán a gyermek kissé jobban van, inkább meg lehet kísérteni a direkt oltást is.

Én eddig 3 esetben alkalmaztam ezt a módszert; 2 esetben egészen halálra vált újszülöttről volt szó és előre látható volt, hogy azok nem maradnak életben. Csakugyan el is pusztult mind a kettő 3—6 nappal az anya beoltása után és a boncoláskor mindenikben kiterjedt súlyos zsigeri elváltozások találtak. Egy harmadik esetben, a hol az újszülött úgy látszik kevésbé súlyosan volt beteg, az anya beoltása után a gyermek állapota is szemmel láthatólag javult. Kissé nagyobb — pár hónapos — gyermekeken Ehrlich 6 milligramm egészen 1 centigramm arsenobenzolt ajánl ajánl pro kilogramm testsúlyra.

A szert directe eddig csak egy esetben alkalmaztam egy 4 hónapos, súlyosan beteg csecsemőn, a kinek 4 kilogramm testsúly mellett csak 2 centigrammot adtam a szerből, tehát 5 milligrammot pro kilogramm. A gyermekek a bőrtüneteken kívül súlyos coryza, máj- és lépnyagbódás található, és nem hiszem, hogy életben marad. Ha igen, akkor ez a 606 egy újabb diadalát jelentené.¹ Az esetről majd referálni fogok.

* * *

Ha most már mindezek után összegezni akarom röviden azokat a tapasztalásokat, a melyeket szereztünk és azokat a direktívákat, a melyeket belőlük le lehet vonni, akkor a következőket mondhatom:

Hogy az Ehrlich-féle arsenobenzol, legalább úgy, a hogy azt most alkalmazzuk, az esetek nagy többségében nem gyógyítja meg egyszeri befecskendezésre véglegesen a syphilist, azt nyugodt lelkiismerettel lehet állítani; és pedig a kedvezőtlen eredményeket csak részben vagyok hajlandó betudni az adagolás módjának (felszívódás elégtelensége) és az adagok alacsony voltának.

Hogy a kombinált módszer (gyűjtőérbe fecskendezés + depót) segítségével nagyobb adagokkal lényegesen jobb eredményeket fogunk-e elérni, jövő vizsgálatok vannak hivatva eldönteni.

¹ A gyermek az oltás után 24 óráig nagyon kritikus állapotban volt, úgy hogy minden perczen vártuk a halálát; azóta azonban jelentékenyen javult az állapota; pár nap előtt az anyját is beoltottam, s pár nap múlva a gyermekek még egy direkt oltást végzek; remélem, megmenthetem az életnek.

Ehrlich szere azonban így is *csodás hatású*, úgy az intensitását, mint gyors beállását tekintve; e tekintetben messze maga mögött hagyja az összes ismert antisiphiliticumokat, még a kénest sem véve ki; megbecsülhetlen előnye többek közt az is, hogy ott is hat, a hol a kénest eszerben hagy, vagy éppenséggel árt.

Leghatásosabb a szer a korai syphilis minden alakjában, beleértve a korai fekélyes alakokat, az úgynevezett syphilis malignát, és a syphilis gyorsan lefolyó alakjait, az úgynevezett syphilis praecox-ot is.

Különösen a nyálkahártyarendszer kifekélyesedő fájdalmas papulái azok, a melyek a szer alkalmazására sokszor már órák alatt javulnak, tudniillik a fájdalom megszűnik, és rövid napok alatt teljesen eltűnnek.

Éppen oly hatásos a szer a tertiaer syphilisnek a bőrön, csontokon és nyálkahártyákon történő mindennemű nyilvánulásaiban is.

Valamivel kevésbé megbízható a hatása a belorvostani syphilis eseteiben, a zsigeri syphilisben és a központi idegrendszer megbetegedéseiben; itt tekintetbe jön az is, hogy ezekben a bántalmakban a kórjelzés sem állapítható meg mindig olyan feltétlen biztossággal.

A parasyphilis megbetegedések közül a paralysisről nem merek véleményt mondani, de úgy látszik, hogy *tabesben* sokat lehet tőle várni; ha a baj még nem nagyon előhaladt, ha nem is gyógyulást, de legalább a tünetek javulását, a fájdalmak enyhülését, a betegség bizonyos megállapodását hozhatja.

A szernek *közvetlen hatása*, legalább a korai syphilisben és a tertiaer syphilisnek a bőrön, csontokon és nyálkahártyákon jelentkező alakjaiban, azt lehet mondani kivétel nélkül *olyan meglepő és oly gyorsan áll be*, hogy azt másképpen nem lehet magyarázni, mint hogy a *spirochaeták nagy részét elpusztítja*. Azoknak egy része azonban az esetek nagyobb részében visszamarad, és kérdés, hogy egy második, esetleg többször ismételt injectio — a mely nézetem szerint is megkísérlendő — ki tudja-e pusztítani azokat minden esetben végképpen.

Hogy bizonyos esetekben, a melyek száma bizonyynyal elég nagy, ez nem következik be, már eddigi észleléseink alapján is mondhatjuk; nyilván mert a spirochaeták arsenállóvá lesznek.

Az a kérdés most már, hogy sikerülni fog-e ezzel az új szerrel *megrövidíteni és megjavítani a syphilis gyógyítását?*

Nézetem szerint *fellélenül igen*; és így minthogy alkalmazása hozzáértő kezekben nem lesz veszélyesebb, mint a kénesté, a jövőben egyetlen syphilis-esetben sem szabadna áldásos hatásáról lemondani. Ez természetesen csak úgy lesz lehetővé, ha mindengyakorló orvosnak módot nyújtunk arra, hogy alkalmazhassa.

Ezért nagyon fontos lenne, hogy a szer alkalmazásának technikája némiképpen még tökéletesíttessék, úgy hogy a gyakorló orvos kezébe már lehetőleg a kész, a befecskendezésre alkalmas oldat vagy suspensio kerüljön és csak az adagolást végezze ő maga; mert az egészen természetes, hogy sem a mostani, még komplikált és időrabló oldási eljárások, még kevésbé pedig az intravenosus eljárás nem alkalmasak arra, hogy minden gyakorló orvos alkalmazza. Pedig a szernek igazán áldásos hatása csak így válhatnék rövid idő alatt érezhetővé.

Friss syphilisben már a *prophylaxis* szempontjából is óriási fontosságú lenne az arsenobenzollal való kezelés a ragályozó képesség gyors megszűnése miatt; e mellett a kórházi beteganyagon az *ápolási idő jelentékeny megrövidítése* sem lenne megvetendő előny.

Tekintettel azonban arra, hogy maradandó hatásra — legalább az eddigi alkalmazásmód mellett — az esetek többségében nem számíthatni és hogy a még megmaradt spirochaeták új erőre kapva ismét elszaporodnak és recidivákat okoznak, ebből már most le kell vonni a consequentiákat.

Nem szabad *bizakodni* abban, hogy az új szerrel egy csapásra meggyógyítjuk a syphilist és erről a laikus közönséget is fel kell világosítani, hanem igyekezni kell a még megmaradt, de mindenestre sokkal kevesebb számú, s esetleg különben is legyengült spirochaetákat elpusztítani. Ez pedig a legcélszerűbben *kénest-kúrák* segítségével történik; a mi észleléseink, mint más külföldi szerzőkai is, szintén a mellett szólnak, hogy azok a tünetek, a melyek az arsenobenzol alkalmazása után még visszamaradnak, aránylag már enyhébb kénestkúrákra is meglehetősen gyorsan tűnnek

el. Ezért tanácsos ilyen kénestkúrákat már az első befecskendezés után adni még akkor is, ha a 606-injectiót később megismételjük.

Különösen szükségesnek tartjuk pedig az arsenobenzol-injectio után a kénestkúrákat a syphilis *egészen friss alakjaiban*, pár napos vagy pár hetes sclerosis eseteiben. A tapasztalás azt mutatta, hogy ez a legkedvezőbb időpont az abortív kúrákra a kénestös gyógymódok alkalmazásakor is.

Ezt az értékes időt semmiképpen sem szabad veszendőbe menni hagyni.

Ilyen kettős kezelés, arsenobenzol + kénestkúra mellett van a legtöbb remény arra, hogy csakugyan végleges gyógyulást érhetünk el már az elsőleges időszakban.

* * *

Előadásom végéhez értem, mélyen tisztelt kartársak. Azt hiszem senki sem mondhatja rólam, hogy nem igyekeztem teljesen tárgyilagos lenni és elhallgattam a balsikereket, csak hogy Ehrlich szerét még jobb világításba helyezzem.

Ezelőtt 3 hónappal azzal fejeztem be beszámolómat önök előtt, hogy ha reményeinket a therapia sterilisans magna-t illetőleg a syphilisben Ehrlich szere nem is fogja beváltani és csak annyi marad meg belőle eredményképpen, a mit eddig láttunk, *Ehrlich Pál* akkor is ércznél maradandóbb emléket állított magának.

Ugyanezt mondhatom ma is. Azóta hovatovább bizonyossá lett, hogy a sterilisatio magna-tól még mindig messze vagyunk és mégis a legnagyobb elismeréssel és tisztelettel kell első sorban nekünk orvosoknak meghajtanunk lobogónkat *Ehrlich Pál* genieje előtt, mert oly hatalmas fegyvert adott kezünkbe az emberiség legnagyobb csapásának, a syphilisnek leküzdésére, a milyennel eddig nem rendelkezünk.

Rajtunk áll, hogy azt tovább fejlesztve és a megkezdett úton tovább haladva, mind nagyobb sikereket érjünk el.

Ehrlich Pál nevét pedig szenvedő embertársaink százainak és ezreinek hálája fogja megőrizni időtlen időig!

A pestisorvos.

(Folytatás.)

A köznép majdnem mindenütt az országban gyanakodással és rosszindulattal fogadta a pestisorvost és segédszemélyzetét. Ennek azonban megvoltak a természetes okai is. Az orvosok vizsgálata és véleménye alapján rendelték el a vesztégzarat, mely a népet mindig súlyos intézkedésekkel zaklatta. A mint a contumáciát kimondották, az élelmi szerek ára megrágt, úgy hogy igen sok helyen nagy éhínség következett be. A kereskedés, ipar jóformán megszűnt, a közlekedést betiltották, a nép a földjét sem mivelhette, sőt még az érett termés begyűjtését és a szüretelést sem engedték meg; hogy ez milyen kárt okozott a népnek, azt könnyű elképzelni. Máshol a pestisben elhaltak temetésének, helyesebben el-földelésének brutális módja, az egyházi szertartások teljes eltiltása haragította fel az embereket. Mindez közreműködött abban, hogy a pestises vidékek legtöbbször forrongott, sőt nyílt lázadásban tört ki a nép elégedetlen hangulata. Így 1739 szeptember 23.-án a békésmegyei alispán azt jelenti az udvari kanczelláriának, hogy nyílt lázadásban van a nép; a nótáriust meg akarják verni; a betegeket nem engedik a pestiskórházba vinni és a hatósági tilalom ellenére minden halottat 300—400 ember kíséri ki a temetőbe. Végre is kénytelen volt a hatóság szeptember 18.-án a megyének fegyveres embereivel és katonasággal körülkeríteni Békés városát, s néhány embert more patrio megbotoztatván, a főfelbujtót börtönre vetették. Még nagyobb volt a nép forrongása Kecskeméten, a honnan a városi tanács a következőket írja a pestmegyei alispánhoz, Mágoesy Mihályhoz:

„A contumáciában lévő Krebner Gáspár¹ nevű chyrurgusnak a bécsi Sanitatis Consiliumtól jött parancsolattya, melynek tenorában adatik elejében: transferálja magát a városban és itten a visitatiót mind elevenek, mind holtak körül végben vigye, és a

¹ Grebner János Gáspár volt az igazi neve, mert az egyik okmányon így írja magát; a titulását pedig úgy, hogy „Kayserlicher Contumaz Chyrurgius“ (!).

rendelt sequestratiót is elkövesse. Mely parancsolatot mai napon velünk communicálván, éppen (egészen) megrémültünk, mert csak az elmúlt Szent György napján is, midőn a parancsolatokhoz képest az ágyaknak és lepleknek megégetésére embereinket kiküldöttük volna, oly tumultus lett a nép között, alég várták embereink, hogy onnénd eljöhessenek. Nemkülönb a cemetariumnak excisiojaker¹ mind férfiak, mind az asszonyi állatok is seregestül mentek a convent elejében; Isten tudgya, mint jártak volna a barátok, ha kívül kaphatták volna! Másként is az utcákon szillyel nagy zugolódással csak azt mondták: eők későbbek meghalni, hogysen a cselédgyekkel (tudniillik a családjukbeliekkel) aképpen engedgyenek banni. A nép feles lévén a városban, tartunk attul, nemesak a borbélyt, hanem magunkat is megfosztják életünkől; melynek eltávoztatására alázatosan kérjük a tekintetes Urat, méltóztassék oly módot föltalálni, mely szerént az előbbenyi ilyen időben a minemű praxisban voltunk, most is abban maradassunk. A mezei szolgák is a jövő héten beszármaznak, akik másként is merő vad emberek, s mikor ilyen időben nem voltunk is minemű alkalmatlanságokat vittek végben, hosszas volna papirosra tenni; valamely rossz ember félinditya őket, azok miatt is veszedelmünk történhetik.

Ugyanekkor a kecskeméti „commissarius sanitatis“, Muraközy Sámuel is „reszkető kézzel“ ír az alispánhoz arról, hogy a nép nagyon lázong a temetések rideg módja és a temető miatt. „Az utcákon szillyel hintegetik, hogy ők későbbek meghalni, hogy sem a rendelések szerént megengedgyék cselédgyekkel banni. Máris tumultusok történtek, s bizony ugy elrémültem, ha lehetne kocsimra ülnék s északa is kimennék a városról, csak tudnék hová. Én az Isten szent fiáért is alázatosan kérem a tekintetes Urat, méltóztassék oly módot föltalálni, mely szerént lehessen békességünk a városban, s consequenter ha Istennek eő szent fölségének úgy tetszik, ez árnyékvilágból való csendes kimulásunk. A contumáciában lévő borbély sem mer megindulni a visitatióban, tartván a *tabányi casustul*, hogy eő rajta is megtörténik aképpen mint ottan.“

A tabáni casus, melyre a levél írója czéloz, s melynek története szintén megtalálható az országos levéltár egykorú iratai közt, még 1739 márcziusában esett meg. Ezen a napon ugyanis egy Zuannek Mihály nevű budai polgár pestisben megbetegedett, s még aznap a lazarétumba is szállították. Késő este a járványszolgák, Urban nevű káplárjuk vezetésével, visszamentek Zuannek lakására, hogy a ruháit megégetés végett elvigyék. A beteg felesége azonban segítségért kezdett kiabálni, azt állítván, hogy a szolgák mindenétől ki akarják fosztani, mire mintegy ötven személyből álló tömeg esoportosult a ház körül és három férfi az ajtón be akart hatolni, hogy meglássák: mit akarnak a trágerek elvinni. Urban káplár azonban rájuk lőtt s az egyik embert az arcán megsebezte; ugyanekkor egy Feyerabend nevű egyént is megvágott a kardjával, továbbá két szúrást is ejtett rajta, minek következtében nemsokára meg is halt az illető. A nép magatartása erre mind fenyegetőbb lett, s a halottvivők, kik a káplárral voltak, életüket féltve, hátul kiszöktek a házból. A zendülés csakhamar szétterjedt az egész városrészben, s estefelé a katolikus bíró az esküdtekkkel s a szerbek birájával együtt a lakásuk ablakából csillapították a népet. Egyszerre azonban úgy a katolikus, mint a szerb templom tornyából vészjelet adott valaki s a nép puskával, vasvillával, botokkal fölfegyverkezve minden felől összeszaladt, betörték Meisznert Ferencz pestis-sebész lakására s a szegény pestilentiariust jól megverték, úgy hogy mikor a bíró odasietett, őt már bekötött és megdagadt fejjel találta. Az utóbbi kérte a népet, hogy ne bántsák, hanem ereszszeék szabadon; de nemesak, hogy nem hallgattak rá, hanem még őt magát is, a kisbíróval együtt megverték. A tömeg azután a Sáros-fürdőhöz ment, hol a többi pestisorvosok és a két expositus lelkész lakása volt; az utóbbiak a ház padlásán elbujtak, a két doktor pedig a földekre menekült; ellenben a járványszolgák közül hármát elfogtak s ott helyben agyonlőtték, szintúgy Meisznert szakácsnéját is, a sebészt pedig újra erősen megverték és egy nagy nehéz követ is rátettek.

Meisznert és a többi orvosokra azért haragudott a nép, mert azt tartotta, hogy ezek terjesztik a pestist. A népnek ez a babonája majdnem minden pestisjárvány idején, úgy nálunk, mint

a külföldön, lehet mondani általános volt. Különösen Meisznert gyanusították, s már a járvány kezdetén festett akasztófát függesztettek ki a lakása elé, azzal a felirással, hogy „ez csinálja a pestist és a karbunkulust, s már régen megérdemelte volna az akasztófát!“ A tanács részéről kiküldött két szenátor (Schulcz János Lőrincz és Hörger Antal) pedig nem hogy felvilágosították volna a népet, hanem még megerősítették babonás és rosszindulatú gyanakodásában.

Meisznert pestilentiarius nemsokára meg is halt a sebeiben. Végrendelete, melyet halálos ágyán szerkesztett, meg van az orsz. levéltárban. „Erstlichen empfehle Gott dem allmaechtigen und seiner Barmherzigen Mutter meine arme Seel“, így kezdi az utolsó rendelkezését, melyben megmaradt kis vagyonáról, 235 rénes forint-ról intézkedik kenetes hangon. Többek közt két forintot hagy viaszgyertyára az úgynevezet kéményseprő-kápolnának, hol évenként tizenkét misét is tartsanak a lelki üdvösségeért; hat aranyat a városi szegényeknek; három misét az elhalt ápolónéja, hármát a megboldogult szolgája, Johannes és tizenkettőt a volt gazdasszonya lelki üdvéért. A végrendeletből az is kitűnik, hogy németországi ember volt, mert egyik rokonát bambergi tanácsosként említi.

A halothordó trágerek embertelen viselkedése az ország legtöbb helyén felszította a nép ellenszenvét. Brassóban az 1756.-i pestis alkalmával azt rendelte a tanács, hogy mindenki köteles betegét kórházba szállítás végett átadni a járványszolgáknak; a nép azonban ellenszegült, házába zárkózott s az ápolókat megkövezte. Nem csoda, mert ez utóbbiak, szekér vagy más megfelelő eszköz hiányában, ránczigálva cipelték végig a város utcáin a félhalott betegeket. Végre is csak az jutott kórházba, a kit az ápolóknak sikerült orozva elesipniök.¹

A halothordóknak és járványszolgáknak ez az embertelen bánása különben szinte hagyományos dolog volt, mert már a Verancsics munkái közé beosztott magyar história is azt írja az 1541. évi budai pestis idején szerepelt trágerekről (kiket „taligások“-nak nevez), hogy „megtilták az terekek, hogy senkit Budában ne temetnienek, hanem kihordanák. Mikoron megveradott, az taligások házankint jártanak, úgy hánták a sok hót tesett, csak az Ur Isten tudja megmondani, mert az ebeket, az hót desznót, az hót embert mind együtt hortták az taligán ki mezőre.“²

A trágerek (vagy „testtemetők“) kiméletlenségéről Cserei Mihály is megemlékezik az ő históriájában.³ A Rákóczi-szabadságharcz idejében dúló erdélyi pestisről többek közt azt írja, hogy „a generál (Rabutin) minden helyekre, ahol még pestis nincsen, strázsásokat rendele, hogy megvizsgálják, ki honnan jő s hová megyen, s nagy bajjal tud most akárki csak a szomszéd faluig is menni; amellet patenst bocsáta ki, hogy a pestises helyekről senki a falu vagy város határán kívül ne járjon, mert meg van parancsolva, az olyan embereket minden kedvezés nélkül megöljék, és ha a strázsák meg nem ölnék, a strázsákat magokot a generál megöleti; és hogy minden városokon, falukon kívül a mezőre házakot csináljanak, és ha valaki megbetegszik, akár ur, akár szegény legény legyen, kivigyék mingyárt azokban a házakban, s oda pedig ne legyen szabad senkinek menni, hanem az ennivalót tegyék le közhelyen, s a betegek hordják el magoknak; s ha meghalnak is, se apjának, anyjának, gyermekinek oda ne legyen szabad menni a holttestet csókolni vagy siratni, harangozni, prédikálni, kisérni, hanem a mezőn ássanak nagy vermeket s arra rendeljenek minden városokon, falukon két három embert, azok vigyék ki éczaka a holttesteket, s minden czeremonia nélkül temessék el. Ha penig otthon a maga házában valaki meg talál halni, a házat minden benne levő egyetmásokkal együtt a földig égecssék s a ház cselédit az erdőkre csapják ki, s negyven napig ott legyenek. A mint már sok helyeken meg is történt ez a halálnál nehezebb s terhesebb parancsolatnak véghezvittele, melyet csak hallani is rettenetes irtóztató dolog, s éppen elfonnyasztott már csak arról való gondolat is, s nem tudunk mit csinálni. Mert ha itt maradunk a városban (Segesvárott), s az Isten szent fiáért örizzen, a pestisben valamelyikünk meg talál halni, bepecsétlik a házakot az életben maradtakra, s ott kell éhel is meghalni; ha kimenyünk falukra, kivált majd

¹ Filep Gy.: Az 1755—56.-i pestis története. (Orvosi Hetilap, 1900).

² Monum. Irók, III. 83.

³ Újabb Nemz. Könyvtár (1852). I. évf. 430.

¹ Ugy látszik, hogy a pestisben elhaltak számára egy félreeső területet hasítottak ki a temetőből s e miatt zugolódott a nép.

ha az idő tavaszodik, a pestis nélkül is megölnek a tolvajok. Sőt Segesvárott történt is ilyen dolog: a testtemető szászok majd nyolczvan embert megöltenek, kivált a kiknél valamit érzettenek, ha beteg nem volt is megfojtották, koporsóban tették s eltemették. Egy leányt is már a koporsóban betették vala, a száját ruhával bedugván, s a bátya szintén akkor ment vala a háztól a más házhoz, a míg vissza megyen, hát már viszik a hugát koporsóban; a polgármesterre felmegyen, hirt ad, utánok küldenek, felszakasztják a koporsót, s hát még a leány életben vagyon; azokat a gyilkosokat megfogják, s megvallják mennyi embert temetennek már el úgy elevenen, őket is úgy öleté meg a polgármester. Az Isten oltalmazzon bennünköt is, mert már nem tudunk mit mivelni, hanem a kegyes Josafáttal együtt szemeinket csak az égre fordítjuk.

Az ország másik végéből, Pozsonyból, szintén hasonló panaszok hallatszanak a halothordók visszataszító viselkedése dolgában. Az 1679.-i pestis alkalmával e helyütt is részint gyalog kísérték a betegeket a lazarétumba, részint kocsin, taligán, kétfogatú szekéren vitték be, de sokszor oly gyalázatosan, hogy a szerencsétlenek feje-lába lelógott; míg végre a tanács, megunva ezt a pecezserű bánásmódot, egy zöld takaróval fedett kétfogatú taligát vett a betegek számára, melyen a szállítás nem hatott oly borzalmasan a járókelők kedélyére. A halottakat eleinte szintén kárén, koporsó nélkül vitték ki a temetőbe és dobták a közös sírgödörbe; de később már tisztességes, sőt fényes temetéseket is rendeztek, különösen a katolikusok, a kik szorongásukban még az evangélikusok szokásos zsólozmáját („Nun lasst uns den Leib begraben“) is elénekelték ilyenkor, bár ezt a papok megtiltották.¹

A „taligások“ a legtöbb helyen a legalsóbb népsöpredékből kerültek ki, s ezért érthető, hogy más tekintetben, lopás-rablás stb. dolgában is sok panasz esett róluk. Graffius János említi német nyelvű emlékezésében,² hogy mikor (1660) Nagyszébenben szünni kezdett a „*hagymás-betegség*“ (die Hagymäsch, oder ungersche Krankheit), a hogy akkor a kiütéses typhust nevezték,³ egyszerre csak megjelent a pestis, minden borzalmával. Két hónap alatt nemcsak a város lakóinak nagy része, hanem a taligások is mind elpusztultak, úgy hogy végre is a polgárok szánták rá magukat a halothordásra és sirásra. Később már annyira felhalmozódtak a hullák, hogy 3—4 napig is temetetlenül heverték; a környékről pedig beözönlött a magát taligásnak színlelő nép, mely a temetések körül való segédkezésben sokat segített, de a kihalt házakban sokat is lopott. „Es sind viele ungesungen, und ungeleutet hinausgetragen, und nur schlecht begraben worden“, panaszkolja a krónikás.

A városi hatóság legtöbb helyütt kénytelen volt szemet hűnyini a taligások viselkedésén, és örültek, ha kaphattak embert erre a szomorú foglalkozásra. Az is megese, hogy erőszakkal fogdosták össze a halothordókat, mint például Kézmárkon 1645-ben. Ezt a járványt katonák hurezolták be a Szepességre és már júniusban csupán Lőcsén 2214 ember halt meg. Kézmárkra csak szeptemberben érkezett s a lakók Rókushegyre, Lengyelországba és egyebüvé menekültek előle. Mindazonáltal rövid idő alatt itt is 572-en haltak meg, kik közül csak 212-t temettek el a szokásos egyházi szertartással, ezzel a szomorú énekkel kéréllve a haragvó istenséget:

O Jesu Christe, Schutz und Heil
Der Armen und Elenden,
Nimm doch die Bogen und die Pfeil
Aus deines Vaters Haenden stb.

A járvány idejére négy halothordót, két inspektort és egy-egy lazarétumbeli és pestisfürdőt alkalmaztak a kézmárkiak; a járvány azonban csakhamar annyira elhatalmasodott, hogy erőszakkal kellett 24 embert fogni a hullák eltemetésére. A pestis oly borzasztó erővel pusztított, hogy októberben már a következő megható siralommal panaszkodik a város bírája, Trompler János: „O du liebe Stadt Kesmark, wie jammerlich siehest du aus, dass Gott erbarme! Wo ist deine schöne Bürgerschaft hingekommen? wo ist deine schöne Jugend? wo sind die Jünglinge und Jungfrauen, welche sonst Partheyen-weis auf deinen Stadtgraben spatziren

gingen? wo die Versammlung bei der Schlossstellung? O Gott, für welche Zeiten hast du uns aufbewahrt?“¹

Pozsonyban is (1713) nagyon kevés ember jelentkezett a járványügyi állásra, bár a városi tanács igen előzékenyen bánt velük. Egy ízben például bepanaszolták a taligásokat, hogy a pestisben elhalt evangélikus polgárokat „lutherkutya“ s más efféle szidálommal illették, de a tanács nem merie megbüntetni őket, hanem csak enyhe megintésben részesültek.² Sok helyen meg adóelengedést és más kedvezményeket osztogattak nekik; így Vácztott (1743) Kraupner Jakab trágert fölmentették az adófizetéstől, egy másik, a járvány alatt elhalt halottvivő özvegyének pedig az „Aranyhordó“-hoz címzett koresma jogát engedték át; egy harmadiknak özvegyét hét évi adóhátraléka fizetésétől mentették fel.³

Magyary-Kossa Gyula dr.

(Folytatása következik.)

Az állami költségvetés az 1911. évre.

A *belügyi tárcza* 1911.-i költségvetése az előző 1909. évi költségvetéshez képest 11 millió korona emelkedést mutat.

A kiadások főösszege 96 és fél millió korona. Az emelkedés jelentékeny részét a közegészségügyi kiadások teszik, a mennyiben ezek 4 és fél millió koronával igényelnek többet, mint az előző évben.

A közegészségügyi kiadások közé tartozik a községi körorvosok és bábák illetményeire eső 132,800 korona többszükséglet, e tétel most már 3,400,000 koronával terheli a költségvetést. A kórházi ápolási költségek több mint 2 és fél millióval emelkednek és így most már megközelítik a 15 millió koronát.

A gyermekvédelmi kiadások 1 és fél millió koronával emelkednek s elérik a 8 és fél millió koronát. Egyéb közegészségügyi kiadásokra (hímlőoltás, bábaképzés, gümőkór és járványok elleni védekezés, trachoma elleni védekezés, ivóvízszerzés, gyógyszerekre, egészségügyi intézetekre) még 3 millió korona van előirányozva.

A közegészségügyi kiadások a jövő évben megközelítik a 30 millió koronát. Nem lehet tehát mondani, hogy a közegészségügy olyan nagyon mostoha gyermeke az államnak, a mint azt gyakran hangoztatják. A költségvetés ismertetése nem szolgálhat alkalmul arra, hogy bírálat tárgyává tegyük, vajjon minden vonalon czélszerű-e a törvényhozás által megszavazott összegek felhasználása, de két megjegyzést nem hallgathatok el. Az egyik az, hogy a gyermekvédelmi tételnek a betegápolás-alapból való elválasztása most már igazán elkerülhetetlen. Az 5% betegápolási pótdó a szorosan vett betegápolás szükségleteinek fedezésére sem elégséges. A pótdó bevétele ugyanis nem éri el a 8 és fél millió koronát. A betegápolás szükséglete e czímen pedig 9 és fél millió. Teljesen indokolatlan tehát e tételt a gyermekvédelem 8 és fél milliójával terhelni. A másik megjegyzésem az, hogy a törvényhatóságok kórházaiiban ápolott betegek ápolási költségei óriás mértékben emelkednek, míg az állami kórházakban ápoltaké alig. Ennek az az oka, hogy az állami kórházak szaporítása és fejlesztése visszamarad a törvényhatósági kórházak mögött. Minthogy pedig ez utóbbiak kiadása, sőt építése is nagyrészt az államkincstárt terheli, sokkal czélszerűbb lenne az állami kórházakat szaporítani.

A *vallás- és közoktatásügyi ministerium* költségvetése 1911-ben eléri a 100 millió koronát. Az emelkedés 1909-hez képest 8 és fél millió. A budapesti egyetem költségvetése a klinikákkal együtt majdnem 6 millió korona s az emelkedés éppen 1 millió korona, mely főleg a klinikák több szükségletére esik. De éppen ez utóbbiak révén emelkedik is 1/2 millió koronával a bevételi előirányzat. A budapesti egyetem orvosi fakultásán új tanszék a gégészeti, a bőr- és bujakórtanít rendessé szervezik át (mindkettő már be is van töltve). Ugyanezen karon két adjunctusi állást szerveznek (I. sz. sebészeti, II. sz. belklinika), egyet pedig a tanársegédi állásból alakítanak át (III. sz. belklinika), ezenkívül az új klinikák számára tanársegédi és gyakornoki állásokat rendszerezitene. A rendkívüli kiadások között a budapesti poliklinikai

¹ Weber: Zipser Geschichte u. Zeitbilder, 315. s köv. I.

² Vámosy, i. h. 194. I.

³ Karesu: Vác város története, I. 89. I.

¹ Vámosy István: Adatok stb., 151, 153.
² Kemény J.: Deutsche Fundgruben, II. 230.
³ De a pestisre is használták ezt a szót: lásd a régi magyar betegségnévekről szóló közleményemet. (Orvosi Hetilap, 1907. 34. szám.)

⁴ Ebben a flastromban (*cujus vires non possum satis laudare* írja róla Bentzig) rendszeren *resina pini* vagy terpentín volt a főalkotórész.

egyesület segélyét 13,000 koronáról 29,000 koronára emelik fel, az orvosi továbbképzés számára 10,000 korona s az egyetemek szaporításának előkészítési költségeire 50,000 korona szerepel.

A milyen öröndetes, hogy megtörténik ez irányban az első lépés, éppen olyan sajnálatos az indoklás, mely 6 várost nevez meg, s így azok versengését újból szítja.

A kolozsvári Ferencz József tudományegyetem kiadása a klinikákkal együtt 3 millió korona; e tétel tájékoztat nyújthat, hogy mibe kerül egy úgynevezett kis egyetem. A kolozsvári egyetem intézetei ismét szaporodnak, a midőn a költségvetés 1 millió korona előirányzással gondoskodik az általános kórtani és gyógyszer-tani intézet elhelyezéséről, a mire valóban égetően szükség is van. (A jövő évre első részletül 100,000 korona szerepel.) A költségvetés egyéb tételeiből említést érdemel, hogy két bábaképző igazgató-tanár bejut a VII. fizetési osztályba, a bábaképző gyakornokok állását pedig II. tanársegédi állássá szervezik át. A vallás- és közoktatásügyi tárcza kisebb tételektől eltekintve új alkotásokban szegény. A kiadások emelkedése majdnem kizárólagosan meglévő állapotok sanctionálására szolgál. Eppen ez mutatja legjobban, hogy a pénzügyi helyzet kedvezőtlen. Ilyen körülmények között valóban már ezért sem gondolhatunk egyszerre hat egyetemre, hanem legfeljebb egy harmadikra. *Grósz Emil.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Válasz Torday Ferencz dr.-nak „A csecsemőhalálozás magyar okairól” című könyvről írt ismertetésére.¹

A közelmúltban megjelent könyvem „A csecsemőhalálozás magyar okairól” a Budapesti Orvosi Ujság 44. számában kritika tárgya volt és pedig azon téves szempontból, mintha könyvem célja a magyar gyermekvédelem s vezetőszemélyei elleni támadás lett volna. Már kijelentettem s ismételve kijelentem, hogy ez nem volt szándékomban. Oly könyv, a mely a magyar gyermekvédelem vezetőinek, Bosnyák és Ruffy ministeri tanácsosoknak van ajánlva; mely a „magyar gyermekvédelem monumentális épületéről” beszél, a mely azt mondja, hogy „nálunk, a hol minden menhelydirektor lelkes bajnoka a gyermekvédelemnek, a menhelyek kis hibái csakis az intézmény fiatal, még ki nem próbált voltának következményei” (115. l.), „csecsemővédelmi actio . . . nélkül a gyermekvédelem, a melyet ma kulturánk legnagyobb díszének joggal tekinthetünk” (117. l.): elfogulatlan szemmel nem tekinthető olyan támadásnak, mely „az állami gyermekvédelem fehér zászlaját sárral moeskolta be”.

Torday dr. könyvismertetésének van egy személyes és egy tárgyi vonatkozású része.

A személyes rész, a melyben nem kevesebbel vádoltatom, mint „önreklámhajhászattal”, „az igazságnak meg nem felelő kijelentésekkel” s azzal, hogy „a közérdek csak palástolja a nyilvánosság előtt önző célokból szerepelni s ebből talán anyagi, de főleg erkölcsi előnyöket szerezni akaró orvostárs érdekeit”, elinté- zést nyert részemről a fentiek hangsúlyozásával, Torday dr. úr megbízottai részéről pedig annak kijelentésével, hogy „az inkriminált passusokat a vita folyamán megfontolatlanul használt, meg nem történt kifejezéseknek kérte tekintetni”.

A személyes rész Torday dr. úr ezen nyilatkozata által elintéztet nyervén, van szerencsém a kritika tárgyi vonatkozásaira néhány szóval felelni.

1. Már egy előző cikkében megvádol Torday dr. úr azzal, hogy „Az Ujság”-ban csecsemőkórházakról írván, a berlini csecsemőkórházak halálozását hamisan állítom oda. Erre csak azt felelhetem, hogy a Kaiserin Augusta Victoriahausban, Keller osztályán, a hol

¹ Torday dr. úr ezen könyvismertetése az ő saját szerkesztésében megjelenő Budapesti Orvosi Ujságban látott napvilágot. Hogy nem ott, hanem az Orvosi Hetilapban közlöm válaszómat, annak oka az, hogy Torday dr. úr november 11.-én hozzá elküldött válaszómat *közlésre el nem fogadta*. Ezért és nehogy az orvosi szűkebbkörű nyilvánosságból iktárva a napisajtóban legyen kénytelen ügyemet megvédeni, kértem fel az Orvosi Hetilap tek. szerkesztőségét, hogy jelen soraimnak helyet adni szíveskedjék.

az egész napokat töltöttem otflétem alatt, egy gyereket se láttam meghalni, elmenetelem napján egy ugyan félig haldoklott. Hogy Langstein osztályán hogyan volt a dolog, nem tudom. Ezt bizonyítani tudom, ha szükséges, Keller professzorral, az intézet igazgatójával. Finkelstein-nél alig egy-kétszer voltam, de Heim Pál magántanár, igen t. barátom felhatalmazott annak kijelentésére, hogy az ott töltött két hét alatt két csecsemő halt meg. A kettőnk együttes tapasztalata volt az, a mit irtam. Hogy Finkelstein óriási intézetének más osztályain, a hol a professor nem tartott vizitet s így mi sem fordulhattunk meg, mi történt, azt nem tudom, de a mit irtam, azt fenntartom.

2. Azt irtam, hogy a kolozsvári menhelyértekezlet elhatározta e könyvem kiadását. Hogy ezen megtörtént ígért, melynek tanui voltak Ruffy Pál min. tanácsos úr, a menhelyek országos felügyelője és az összes menhelydirektor urak, nem fog beváltatni, ha könyvemben kritika is lesz, azt nem tudtam, de annyit tudok, hogy ha ez ígért vagy bármely más ígért által elcsábítva az igaz kritikát elhallgattam volna, akkor csakugyan megérdemelném a Torday dr. úr hangoztatta vádakat.

3. Legkomolyabb vádnak azt tartom Torday dr. úr részéről, hogy én egészen mást adtam elő az orvosegyletben, illetve Kolozsvárott, mint könyvemben. Ez nem áll. Egy 150 oldalas könyvet egy óra alatt előadni nem lehet, csak természetesen, hogy a lényegtelen részletek kimaradnak; azt pedig nemcsak állítom, hanem bizonyítani is tudom, hogy semmi lényegeset előadásaimban ki nem hagytam. Az egyedüli „vád” ugyanis, a melylyel könyvemben a menhely-ügyet „támadom” az, a melylyel Torday dr. úr is foglalkozik, hogy én a menhelyek védett csecsemőinek általuk 19.7%-ban megállapított halálozási arányszámát 28.1%-ra igazítom ki, ez az a pont, a melynek következtetése az az inkriminált passus „mert valóban, — ha túlélesen van is megfogalmazva a kérdés — mégis azt kell kérdeznem: ugyan miben áll a különbség a cseléd által . . . s a menhely által falura kiadott s ott megbetegedett gyermek sorsa közt?” Azt, hogy e mondat elején ott van, hogy „ha túlélesen van is megfogalmazva a kérdés”, — a mi pedig a „támadást” eltompítja — Torday dr. úr nem tartotta szükségesnek figyelembe venni.

Nos, ezt én, ha nem is e mondattal, de lényegében elmondottam az orvosegyletben is, Kolozsvárott is; bizonyítani tudom pedig nemcsak az ott volt tanúkkal, hanem az orvosegylet gyűlés-jegyzőkönyvével, mert Szana dr. előadásom éppen ezen pontja ellen szólalt fel, és pedig szóról szóra ugyanazon érvekkel, mint ma Torday dr., s a melyeket ma éppen oly kevéssé fogadhatok el, mint akkor. Azt a vádat tehát, hogy én mást adtam volna elő, mint a mit irtam, — tisztelettel bár, de határozottan visszautasítom.

4. Megvádol Torday dr. úr, hogy a csecsemőkori emésztési zavarok aetiologiájáról tartott előadásomat nem szaklapokban közöltem, hanem könyvemben, mely „a laikus közönségnek” van szánva. Én előadást tartottam az élettani szakosztályban — a mely, azt hiszem elég tudományos forum —; egy részét már közöltem a Monatschrift für Kinderheilkunde — a legelőkelőbb német gyermekorvosi folyóirat — hasábjain, másik részét ugyanott fogom közölni; de ez is megemlített Langstein professor referatúmanak egy része gyanánt most szeptemberben; Langstein szóról szóra azon következtetésre jut a cukor hatásáról, mint én egy félévvel előbb előadtam, könyvemben megírtam (97. l.). A Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde, melyet Torday dr. úr is valószínűleg elég competens forumnak fog elismerni, úgy látszik szintén „elkábult” a Torday dr. úr által „teljesen téves”-nek minősített fejtegetéseimen.

Hogy könyvem laikus közönségnek volt szánva, nem tudom miből következteti Torday dr. úr, hiszen az orvosegyletben adatott elő; előadtam a társadalomtudományi egyesületben is, mert tárgya nemcsak orvosi, de még inkább sociologiai irányú; ez és továbbá az, hogy vele egy országos csecsemővédelmi actio megindítása volt contemplálva, tette szükségessé, hogy a napisajtó is foglalkozzék vele, mert hiszen Magyarország csecsemőhalálozási viszonyai az egész országot kell hogy érdekelték. Különben is, részemről nem ismerem állami intézményt, a mely annyit beszéltetett volna magáról a napisajtóban, mint a gyermekvédelem. Eddig ez jó volt, csak most nem, a mikor kritikát is mert a sajtó nyilvánítani? Torday dr. úr szerint a határ ott van „hogy a közügy, a köz- érdek szolgáltatassék”.

Torday dr. úr szerint tehát én nem szolgáltam a közügyet. Engedje meg, hogy véleményével szembeállítsam Vargha Gyula min. tanácsos úr ő méltóságának, az országos statisztikai hivatal igazgatójának hozzám intézett 9252. eln. sz. alatt kell hivatalos levelét, melyben arról értesít, hogy azoknak a graphikai összeállításoknak a kiviteli költségeire, a melyeket megállapodásunk értelmében nekem kellett volna fizetnem, a hivatal nem tart igényt.

„Tekintettel azonban arra, hogy e becses összeállításoknak a statisztikai hivatal maga is hasznát vette, sőt azoknak egy része az 1906—1908. évekről szóló népmozgalmi közleményekben is közzététetett, nem lenne méltányos, hogy ez összeállítások költségeit tanár úr viselje. Van szerencsém ennél fogva értesíteni tanár urat, hogy a hivatal az említett 300 korona megtérítésére nem tart igényt, annál kevésbé, mert tanár úr a szóban forgó összeállításokat nem magánkezébe használta fel, hanem azoknak nemcsak előadásaiiban, hanem újabb könyv útján történt szakszerű és tanulságos ismertetésével a köznek is igen nagy szolgálatokat tett. Budapest, 1910. évi november 3.-án. Vargha Gyula min. tanácsos, igazgató.”

Az ország első statisztikusa tehát azon „téves” nézetben van, hogy én a „köznek is igen nagy szolgálatokat tettem”. Engedje meg Torday dr. úr, hogy én némi vigaszt merítsek e „téves” nézetből.

5. Torday dr. úr „olvasói a magyar orvostársadalom hangoztatókozását” szólaltatja meg azon nyilatkozatommal szemben, hogy „nem nagyítok, ha konstátálom, hogy a mai csecsemőgyógyászat alapelveivel orvosaink 50%-a sincs tisztában, pedig 95%-a foglalkozásának nagy része csecsemő-gyógyításban áll.”

Részemről kereken tiltakozom azon elferdített felfogás ellen, mintha ez a kartársak tudásának lekicsinylését jelentené.

Tartozom azonban, minthogy a vád elhangzott, a magyar orvostársadalomnak e passus megmagyarázásával, a melyet úgy látszik félreértett. Hogy a magyar orvostársadalom különben egyáltalán nem érezte magát sértve könyvem e passusa által, azt azzal bizonyítom, hogy éppen ezen és a tanításról szóló részt félreértések kikerülése okáért szóról szóra betanulva elmondottam az orvosegyesületben; a kik ott voltak, emlékezni fognak rá, én annyi tanut állítok erre, a mennyi tetszik. De könyvemben részletesen meg is magyarázom, hogy e passust miként értem. Tudvalevő, hogy a mai csecsemőgyógyítás alig 10—15 éves; legnagyobb haladását éppen az utolsó 4—5 évben tette; valóban szeretném tudni, hogy a gyakorlatban künn élő kartársak honnan tanulhattak volna spasmophiláról, exsudatív diathesistől, zsírartalomról, toxicosistól stb., a mely fogalmak medikus korukban még nem léteztek. Vagy volt-e talán az utolsó években olyan szünidei vagy ismétlődő cursus, a mely ez ismereteket propagálta volna?

Az állami gyermekvédelem és köztem fennforgó még vitás kérdések tárgyalására itt azért nem térek ki, mert tudom, hogy az orvosegyesületben az én „támadásom” miatt egy előadás van bejelentve, ott a nyilvánosság előtt elintézhethetjük a dolgot. De bár még egyszer kijelentem, hogy az állami gyermekvédelmet eddig nem támadtam s nem is akartam támadni, csak hiányaira felhívni: állításaimat az utolsó betűig fenntartom. Berend Miklós.

Válasz Berend dr. védekezésére.

Azon őszinte tisztelet, melylyel az „Orvosi Hetilap” nagytudományú szerkesztői és nagyrabecsült olvasóközönségével szemben viseltetem, késztet arra, hogy igénybe vegyem azt a jogot, melyet az „Orvosi Hetilap” szerkesztői végtelen loyálisukkal megadtak; e helyütt válaszolok Berend dr. támadó, kefelevonatban olvasott védekezésére, minthogy a „Budapesti Orvosi Újság” olvasóközönsége előtt ezen kérdés tárgyalását a lovagias útra terelés, nézetem szerint, lehetetlené tette.

Az alábbiakban néhány szóval kívánom a kritikámban kifogásolt állásfoglalás jogosultságát előtérbe állítani.

1. Készségesen elismerem, hogy Berend dr. a berlini csecsemőkórházakban látott tapasztalatait közölte „Az Újság”-ban, de csak az e helyütt általa elmondottakkal értelmezhető az az ellentét, mely szerint „Két hét alatt a két intézetben egy gyermeket látott júliusban meghalni”, holott a hivatalos értesítés szerint csak az egyik intézet összes osztályain 19 halt el.

2. A kolozsvári menhelyértekezleten a belügyminisztérium gyermekvédelmi főosztályának főnöke elnökölt. Az ő felhatalmazá-

sával, hivatalos szöveggel közöltem azt, hogy ő „egyedül a Kolozsváron tartott értekezletről nyilatkozott, erről is csak akként, hogy oda fog hatni, hogy a magy. kir. belügyminisztérium a kiadás költségeihez hozzájáruljon. A megjelent munkát most már ismerve, látva annak a kolozsvári felolvasástól eltérő tartalmát, a miniszter elé ily értelmű előterjesztést nem tett és tenni nem is fog.”

3. Annak igazolására, hogy a Berend dr. által összegyűjtött statisztikai adatok értékelését illetően egy véleményen vagyok az országos statisztikai hivatal igazgatójának elismerő nyilatkozatával, utalok könyvismertetésem szövegére. Elismerő méltánylásom daczára reá kellett mutatnom, ezen értékes statisztikai adatokból levont azon téves következtetésre, mely szerint: „az állami gyermekmenhelyekre kerülő csecsemők közül majdnem kétszer annyi hal el, mint az országos átlag”. Berend dr. statisztikai következtetéseit legautentikusabban fogják megcáfolni a budapesti állami gyermekmenhely feldolgozott és legközelebb közlendő adatai.

4. Az orvosi szaksajtó és a tankönyvek tanító, továbbképző hivatását kell végül Berend dr.-ral szemben megvédenem. Az egyes szakmák úgy elméleti, mint gyakorlati haladásáról ezek útján érdemlegesen értesülnek a továbbképzés szükségét érző kartársaink. Minthogy a hazai orvosvilágnak legnagyobb része olvassa a szaklapokat, nehéz elképzelni azt, hogy „csak 50%” értesült volna a csecsemőgyógyászat haladásáról.

Berend dr. ismételtén kijelentette, hogy az állami gyermekvédelmet nem kívánta támadni, írásaiból pedig azt kellett és azt olvasta ki minden elfogult és elfogulatlan olvasó. Ezért kellett a támadás ellen az előbbieken fenntartott állításaimmal védekeznünk.

Torday Ferencz.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hyperacid állapotokról szóló klinikai előadásában Pick tanár (Bécs) a terapiáról a következőket mondja: Motorius elégtelenség egyidejű jelenléte esetén első sorban ezt a szövödményt iparkodunk megszüntetni, még pedig egyrészt az ok eltávolításával, másrészt gyomormosással, megfelelő diatával, fizikális és anti-fermentatív eljárásokkal. Pylorus-szűkület esetén a gastroenterostomia javalt, a mely után a hypersecretio nagyon sokszor magától megszűnik. A gyakran meglevő általános neurosis is befolyásolható. Jók továbbá a langyos fürdők, továbbá a thermák (Gastein, Pfeffers, Ragaz stb.). A hideg fürdőt rendszerint rosszul tűrik a hypersecretióban szenvedők. A hyperaciditas ellen alkáliák adandók nagy mennyiségben, főleg 2 órával az étkezések után, a gyomornedvelválasztás tetőfokán. Ha az alkáliák egymagukban nem szüntetik meg az erős fájást, gyomormosás alkáliás folyadékokkal alkalmazható, esetleg belladonnát vagy eumydrint adhatunk belsőleg. A diaeta hypersecretio eseteiben három szempont tekintetbevételével szabandó meg: lehetőleg kevésbé izgassa elválasztásra a gyomormirigyeket, alkalmazkodják a gyomor megváltozott chemismusához és végül tartsa fenn, sőt fokozza az erőbeli állapotot. Némelyek különösen a zsírt ajánlják, a melynek a secretiót csökkentő hatását Pawlow kísérletekkel is beigazolta. Mások nagy súlyt vetnek a növényi táplálékra, mint a mely kevésbé izgatja a gyomormirigyeket, mint az állati fehérje. A szerző eleinte csak a déli étkezéskor enged meg húst jól megsütve vagy megfőve, jól felaprítva; a többi étkezéskor tojást, tejes ételt és tejet ad. Ha a beteg éjjel fájdalmakra ébred, 1—2 csésze tejet itat vele kortyonként. A mikor a beteg meggyógyult, recidiva megelőzése végett még 3—4 hétig lehetőleg vegetabilis koszon tartja. Egyébként azonban mindig individualizálni kell, tekintetbe véve, hogy mely ételeket szokott meg és tűr el a beteg, annál is inkább, mert a hyperacid állapotok okai nagyon különbözők, s a motilitas és sensibilitas zavarai szintén fennállhatnak, a melyeket pedig éppen úgy tekintetbe kell venni, mint a secretio zavarát.

Végül a szerző még különböző, az irodalomban található ajánlatokat említ. Bickel szerint a kezelésnek első sorban az alapbántalom (a motilitas zavara, neurasthenia, bélbaj) ellen kell irányulni; symptomás szerekek csak a nedvmennyiséget tudjuk befolyásolni, de nem a nedv sósavtartalmát; a gyógyszerek közül első sorban az atropin és származékai jönnek tekintetbe, azután az alkáliák; minthogy ez utóbbiak a gyomor felől izgatónak hatnak

a gyomormirigyekre, a bél felől ellenben gátlólag: $\frac{1}{2}$ órával az étkezés előtt adandók, mert így nem maradnak sokáig a gyomorban; ugyanilyen secretiocsökkenő hatása van a bél felől a zsírnak is (olivaolaj, csukamájolaj); az ételek finoman aprítva adandók; erős nedvelválasztásra ingerelnek az alkoholt, szénsavat és coffeint tartalmazó italok, a malátakávé, a zsírszegény cacao, a soványtej, a leves, a tojás sárgája, a legtöbb fűszer, a nyers, hirtelen sült vagy rövid ideig főtt hús, ezek tehát kerülendők. *Schloss* állatkísérletei alapján a vegetabilis étrendet ajánlja; szerinte a diéta megszabásakor nem annyira a sósav megkötésére (fehérje) kell törekedni, mint inkább a secretiós ingerek csökkentésére, s éppen ezt érzük el a lehetőleg finoman elosztott állapotban nyújtott vegetabilis ételekkel. *Winternitz* az atropin mellett a hydrogen-superoxydot ajánlja, a melynek $\frac{1}{4}$ 0/0-os oldatából éhóra $\frac{1}{4}$ litert itat meg langyosan, nemkülönböztetve $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ 0/0-os oldatával gyomormosást végez. *Boas* reggel éhóra $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ liter Vichy-vizet itat, utána a beteg 10 perczig rázkódó mozgásokat végez, majd pedig 10 perczig a jobb oldalán fekszik, hogy a folyadék könnyebben távozzon a pyloruson át; az alkaliakat csak symptomás szernek tartja és előnyben részesíti a natrium citricumot. *Riegel* a fehérje-zsirdiaetát tartja legjobbnak; az alimentáris alakban az estebéd után, a continuus alakban az estebéd előtt kell végezni a gyomormosást; a sebészi beavatkozás mellőzendő, mert csak a pangást tudja megszüntetni, a hypersecretióra ellenben hatástalan. *Albu* túlnyomóan vegetabilis diéta mellett gyomoröblítést ajánl alkaliás oldatokkal, főleg este, 3 órával az utolsó étkezés után, továbbá belladonnát. (Medizinische Klinik, 1910. 39. szám.)

Szülészet és nőorvostan.

A Röntgen-sugarakkal való sterilizésről ír *Görl*. 9 esetről tesz említést, a melyekben eredménnyel alkalmazta a Röntgen-sugarakat. Két esetben a betegek csak rendetlenül jártak el kezelésre s a szerző nem is ért el mást, mint hogy az erős vérzések nagyobb intervallumokban jelentkeztek. Két másik asszonyon (az egyik 55, a másik 56 esztendő volt, havonként pontos időben jelentkező heves mensessel és ugyanakkor rendkívül erős idegességi tünetekkel) 15, illetőleg 18 megsugárzás után teljes gyógyulást érték el (a vérzés és az idegesség teljesen elmaradt). Egy beteg, a ki 14 naponként visszatérő erős vérzés miatt járt hozzá (42 éves), jelenleg is kezelése alatt áll.

Eltételezve az említett 5 esettől, további 4 érdekes myomás vérzés meggyógyulását írja le. Káros hatását a szívre ennek a methodusnak nem látta, sőt általánosságban a beteg objectív közérzése jobb lett, étvágya és alvása javult, a szív részéről fennállott typosus jelenségek (különösen a szívizomzat könnyű kifáradása) megszűntek.

Hogy az eljárás szélesebb alkalmazást eddig nem talált, annak okát abban keresi, hogy a gynaekologiai klinikákon még ritkák a jól berendezett Röntgen-laboratóriumok. A mi az itt-ott elért csekélyebb mérvű gyógyulásokat illeti, ennek okát a helytelen kezelésmódban kell keresni; ahhoz, hogy valaki a Röntgen-sugarakkal bánni tudjon, huzamosabb tanulmányozás szükséges. Igen ajánlja, hogy a megsugárzást rögtön a havi vérzés megszűntével kezdjük el, és pedig eltérően *Albers-Schönberg*-től (Hamburg), ő a leggyengébb adagokat sokszor alkalmazza, úgy hogy volt beteg, a kit csak 80 üléssel tudott teljesen kigyógyítani. De éppen ezzel az óvatos eljárással vélte elérni, mivel úgy okoskodik, hogy első sorban az ovariumok sterilizésére kell törekedni, a myomák megkisebbedése a sterillé válás után beálló másodlagos jelenség. (Münchener med. Wochenschrift, 1910. 34. szám.) *Scherer*.

A pantopon (Sahli) értékéről a szülészetben és nőgyógyászatban mond véleményt *E. Graefenberg* (Berlin). A Sahli-féle pantopon igen jól beválik az általános narcosis támogatására, jobban és rövidebb idő alatt hat, mint a morphiüm-scopolamin. Adagolása a következő: Az aethernarcosis kezdete előtt másfél órával kap a beteg egy subcutan injectiót (készen kapható, 1 cm³ tartalmú, 2 0/0-os steril pantopon-fiolából). Fél órával a műtét kezdete előtt kap még egy ilyen erősségű injectiót. Számos esetben kipróbálva ezt az eljárást, bátran ajánlja. A szülészetben is jó hasznát vette, mivel több esetben sikerült pantopon alkalmazásával a túlságosan erős szülőfájdalmakat lecsillapítani, a nélkül, hogy

ebből az anyára vagy a magzatra kár származott volna. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 34. szám.) *Scherer*.

Röntgenologia.

A heges pylorus-szűkület Röntgen-vizsgálatának eredményei. Bismuth-pép elfogyasztása után a gyomornak még szűkült pylorus mellett is pár pillanatig normális alakja van, kistokú kitágulással és normális peristaltikával; körülbelül 10 percz múlva azonban erős peristaltikás mozgás észlelhető, mely esetleg csak abban nyilvánul, hogy a gyomron behúzódások vonulnak végig; esetleg oly nagy fokúak e behúzódások, hogy teljesen átfűzik a gyomrot, a mikor is a gyomor árnyéka ketté osztottnak látszik. A pylorus-szűkületre ezen túlerős peristaltika a legjellemzőbb. Körülbelül 12 percz múlva a peristaltika alábbhagy, mintha az izom kifáradt volna, a gyomor kezd kitágulni s 20 percz alatt eléri táulásának legnagyobb fokát. Az ilyen kitágult gyomron már csak felületes behúzódásokat okoz a peristaltika.

Igy kitágulva marad a gyomor a szűkület foka szerint hosszabb-rövidebb ideig, s ha nincs teljes elzáródás, lassanként kiürül a gyomortartalom, de a 24 óra múlva megismételt átvilágítás alkalmával is még mindig találhatunk bismuthpép-maradékot a gyomorban.

Ez a rendes képe a pylorus-szűkületnek a Röntgen-átvilágítás ellenőrzése mellett. Ebből a szűkület diagnosizására vonatkozólag a következő tanulságok vonhatók le. 1. Étkezés után a vizsgálat időpontja szerint különböző alakú gyomrot találunk, a normális gyomoraktól az átfűzött, esetleg igen erősen kitágult gyomor-alakig. 2. A gyomorperistaltika fokozott, de csak rövid ideig. 3. A gyomorizomzat aránylag gyorsan kifárad s utána a gyomor kitágul. 4. A gyomor lassan ürül ki és így 24 óra múlva is ad bismuth-árnyékot. 5. Antiperistaltika nincs okvetlenül szűkület esetében. 6. Fontos, hogy a beteget naponta többször vizsgáljuk és a különböző alakokat és peristaltikákat jól megfigyeljük, mert csak mindezeknek egybevetése biztosíthatja a szűkület helyes körjelzését. (Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 10. sz. *Hruby dr.*)

Orr-, torok- és gégebajok.

Némely carcinoma és sarkoma viszonylagos jótermészetűségéhez igen érdekes adatokat szolgáltat *Koschier* (Wien). 6 esetét közli, melyek közül 5 esetben a gége és gégecső rákja, 1 esetben a larynx alveolaris sarkomája éveken át feltűnő lassú növekedést mutatott és nem járt metastasisokkal, illetve a műtét után évekig nem recidivált, annak ellenére, hogy ezen esetek nagyobb részében nem gyökeres műtétet végzett. 4 esetben 40—50 éves, 1 esetben 68 éves és 1 esetben 73 éves, tehát idős egyénekről volt szó; egy 41 éves nőbeteg a gégecső hátsó faláról endotracheáisan eltávolított endothelioma műtete után 12 évig volt recidivamentes. Az orrgarat felhámrákjának 2 ilyen esetét közli: az I. 28 éves nőre vonatkozik, ki a nem gyökeres műtét után majdnem 3 évig volt recidivamentes, közben grávida lett és szült. II. esete szinte unicum-számba megy: 42 éves nő orrgaratjában a choanákat majdnem teljesen elzáró care. epitheliale volt, a beteg a műtétbe nem egyezett; 5 év múlva az egész orrgaratot és orrüregét részben kifeléyesedett tumor tölti ki, jobb oldalt papillitis; újabb $1\frac{1}{2}$ múlva protonsio bulbi d., teljes vakság, cachexiának úgyszólván semmi nyoma, a rhinoskopiás és postrhinoskopiás lelet ugyanaz. A feltűnő lassú növekedést mutató tumor a hypopharynx felé nem terjedt s csontos környezetét csak 7 év múltán támadta meg.

Az eseteket *Koschier* a wieni orvosegyesületben bemutatta, szövettani vizsgálatokat ismételten végeztek (*Paltauf* és *Albrecht* tanárok). A magyarázatot a neoplasmák csekély virulentiájában és a betegek rendkívüli ellenállóképességében keresi. (Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 17. szám.)

Lehetséges, hogy ilyen relative jótermészetű tumor volt *Kafemann* tanár esete is. *Kafemann* (Königsberg) a basis cranii felhámrákjának elektrolýsissal kezelt és gyógyult esetét közli, melyben az orrgaratnak igen előrehaladott felhámrákja, számos metastasisal a nyaki mirigyekben, 3 hónappal a königsbergi sebészeti klinikán történt kiirtás után súlyosan recidivált. Újabb sebészeti műtetre nem vállalkoztak, mire *Kafemann* tükrözés mellett a daganat kürettezését végezte (*Gottstein*-késsel), majd 13 üléseben

elektrolýissal kezelte (20—25 milliampère erősségű árammal 10—15 percig); az infiltrált nyaki mirigyeket közben sebészileg eltávolították. *Teljes gyógyulás*, recidiva 2 év múltán sem állott be. A diagnoszt szöveti vizsgálatok igazolták, a lefolyást szakorvosok ellenőrizték.

Hogy a meglepő eredmény az elektrolýissal kémiai erő hatásának tudandó-e be, a szerző sem állítja, de feltételezi ennek lehetőségét s ez esetben az elektrolýissal a kötőszövetképződést serkentő hatása s a fiatal kötőszövetnek a ráksejtek terjedését gátló tulajdonsága szolgálhatna magyarázatul. Végső következtetésében Kafemann a lehetőség legszélsőbb határáig fokozott activ therapiát tartja szükségesnek látszólag gyógyíthatatlan daganat eseteiben is. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 26. sz.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A haemophilias vérzések ellen már többen nagyon jó eredménnyel használták a friss állati vérsavót. Nolf és Herry szerint ugyanilyen jó eredmény érhető el Witte-féle peptonnak 50/0-os oldatával 1/20/0-os konyhasós vízben; ez az oldat 1/4 órán át 120°-on sterilizandó. 0.3—0.5 cm³ fecskendezendő a bőr alá. (Revue de médecine, 1910. 1. és 2. füzet.)

Májcirrhosis ellen a hamburgi György-kórházban is jó eredménnyel használják Jüsgen értesítése szerint a tartarus depuratus abban az alakban, a melyben Eichhorst tanár ajánlotta volt néhány év előtt: Rp. Decocti althaeae 10.0:180.0; Tartar. depur. 15.0; Syr. simpl. 20.0. M. D. S. Jól felrázva két óránként veendő be evőkanálnyi. Fődolog, hogy a szív még eléggé munkabíró legyen; mérsékelt fokú veseszűvődmények nem akadályozzák a hatás beálltát. (Klin.-therap. Wochenschrift, 1910. 35. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 46. szám. Balás Dezső: Polyarthritiss ossificans mütete. Ferenczy Sándor: A hypnózis és suggestio psychoanalysisis. „Honvédorvos” melléklet, 7. szám. Ajkay Zoltán: Az Ehrlich-féle oltások és a Wassermann-reactio.

Orvosok lapja, 1910. 47. szám. Moskovitz Ignác: Tonsillotomia és tonsillektomia.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 47. szám. Siklóssy Gyula: A glaukoma gyógyítása. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle”, 4. szám. Varga Gábor: A slöjd a középiskolában. Löbl Vimos: Gombamérgezések. Kálmár Ármán: Lőtt sebekről.

Vegyes hírek.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Az I. sz. belklinikán: Kern Tibor dr. díjazott gyakornok (meghosszabbítás), Pópa Demeter dr. gyakornok. A III. sz. belklinikán: Galambos Arnold dr. gyakornok. A II. sz. nőklinika: Probstner Arthur dr. gyakornok. Az I. sz. szemklinikán: Rados Endre dr. gyakornok. Az elme- és idegkórtani klinikán: Brenner József dr. díjazott gyakornok (meghosszabbítás). A bőrkórtani klinikán: Hercz Lajos dr. gyakornok. Az I. sz. kórboneczolástani intézetben: Jankovich László dr. gyakornok. A bakteriologiai intézetben: Turán Géza dr. díjazott gyakornok (meghosszabbítás).

Kinevezés. Steinhard Albert dr., privigyei orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Az országos közegészségügyi tanács november hó 3-án tartott ülésén Grósz Emil dr. tanár, rendes tag indítványt nyújtott be az ország kórházügyének reformja tárgyában. Az indítvány azt czélozza, hogy a kórházak még mindig nagyon szükséges szaporítása és elhelyezése ezentúl tervszerű program alapján történjen és pedig állami kórházak felállításával, a melyek személyi és dologi ügyeire az államnak teljes ingerenciája legyen. Ilyen állami kórházak felállítása a jövőben annál is inkább szükséges lesz, mivel a törvényhatósági kórházaknak állami subventio útján való létesítésére a betegápolási alap pénzügyi helyzeténél fogva nincs többé kilátás, a törvényhatóságoknak éppenséggel nincs pénzük e célra, a magánosok kórházalapítására pedig még kevésbé lehet számítani. A tanács az indítványt elfogadta és részletes javaslatlételre bizottságot küldött ki.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján októberben 144 szülés folyt le (68 először szülő és 76 többször szülő). A született magzatok száma 145 volt, még pedig élő 128, halott 5, macerált 12; érett 120, kora 15, éretlen 10; fiú 73, leány 67, kérdéses nemű 5; törvényes 73, törvénytelen 72. A gyermekágyasok közül 4 halt meg, valamennyit súlyosan fertőzve szállították be. A nőbetegosztályon 65 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 121 esetben vették igénybe; a mütetek száma 88 volt.

Meghalt. Schaaser Márton dr., Berethalom község orvosa november 11-én. — I. N. Hyde dr., a bőrkórtan tanára a chicagói Rush Medical College-on. — I. Chaplain dr., valaha a sebészet tanára Marseilleban. — F. Willard dr., az orthopaediai sebészet tanára a philadelphiai egyetemen.

Kisebb hírek külföldről. Rendes tanárok lettek: A. N. Richards (gyógyszertan, Philadelphia), H. S. Bachmann (élettan, Philadelphia). — Lombroso tanár utódjává a turini egyetem kriminalanthropologiai tanzékre M. Patrizi dr.-t, a modenai egyetem physiologia-tanárát hívták meg.

Pirogow. November 13-án ülték meg Oroszországban ünnepélyesen Nikolai Pirogow, a nagyhirű sebész születésének 100. évfordulóját. Pirogow Moszkvában született, orosz és német egyetemeken tanult, s 27 éves korában Dorpatban, 30 éves korában Szt.-Pétervárott lett a sebészet tanára. A krími háborúban 1854-ben ő szervezte és vezette a harcztéren az orvosi szolgálatot, de az administratio visszaéléseinek ostromozása miatt ellenkezésbe jutott a vezető katonai körökkel, s ezért a harcztért elhagyta, sőt tanári állásáról is leköszönt. 1857—61-ig az odessai és kievi kerület tanfelügyelője volt s azután podoliai birtokára vonult vissza. 1881-ben halt meg. Pirogow-nak a sebészet és sebész anatomiá terén elévülhetetlen érdemei vannak; műveit német nyelven adta ki. Többek közt ő alkalmazta először 1859-ben a topografiai-anatomiai vizsgálódásnak azt a fontos módszerét, mely a keményre fagyasztott holttestekből átmetszetek készítésében áll.

Az idegrendszer anyageseréjének emelése az idegszövetekre, közvetve az egész test táplálására kedvezően hat vissza. Ez alapon magyarázható a természetes glycerophosphatnak, a lecithinnek antineurosos és testsúlyt gyarapító hatása. Gyermeknekél rachitis és scrophulosis ellen télen a lecithines csukamájolaj, oleum jec. as. c. lecithin Richter, nyáron a lecithin granulée Richter, felnőttek idegessége és lesoványodása ellen a Richter-féle lecithin- és bromlecithin tabletták ajánlhatók.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium”. Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyögmódok.

Consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzádmányok eseteiben. Részletes göngyölés. FANGO Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioactiv iszap Dr. VÁNDOR DEZSŐ.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűtő-utca 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

Ujtátrafüred Sanatorium légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szentágh Miklós dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Tamássy Park-sanatoriuma Dunaharaszton (Budapesttől villamosközlekedés). Külön osztály vérbajosok, légzőszervi megbetegedésekben szenvedőknek. Főorvos: Stossmann Rudolf dr., sebész urológus.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Woinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap tőrhébe vétetnek fel.

Széchenyi-telapi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos Schnier György dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospektus. 6318

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbeteg és szülők részére.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. 1. Telefon 112—95.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban a 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1910 november 14.-én.) 852. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXI. rendes tudományos ülés 1910 november 5.-én.) 852. l. — Közkórházi Orvostársulat. (IX. bemutató szakülés 1910 október 5.-én.) 854. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1910 november 14.-én.)

Elnök: Entz Géza.

Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

Ónodi A. lev. tag: **A homloküreg benyúló területe az orrban.** A processus uncinatus és a bulla ethmoidalis között levő félhold alakú rés (hiatus semilunaris) mélyebb része eddig többnyire az infundibulum elnevezése alatt volt ismeretes. Heymann és Ritter ezen elnevezést azon tasak számára használják, mely a középső kagyló tapadásvonala fölött mint a homloküreg benyúló területe létezik. Ónodi zavarok elkerülése végett ezen elnevezést elejti és egy állandó és egy nem állandó alakviszonyt különböztet meg. Állandó alakviszony a félhold alakú rés, a hiatus semilunaris; ezt egészében fenntartja és az infundibulum elnevezést úgy a régi értelemben, mint Heymann és Ritter értelmezésében elejti. Nem állandó, de jól határolt alakviszony azon említett tasak a középső kagyló elülső vége felett, melyet a recessus frontalis névvel jelez, mint a homloküreg benyúló területét. Felnőttön éppen úgy, mint újszülöttön, a hol homloküreg még nincsen, ezen recessus frontalis előfordul, de előfordul a hiánya is. Ha jelen van a recessus frontalis, akkor a homloküreg benyúló területét alkotja nyílás vagy csatorna alakjában. Azonkívül az ostium frontale a hiatus semilunaris tetején nyílhatik, vagy a hiatus semilunaris előtt és fölött, vagy a középső orrjárat tetején. Észlelt olyan esetet is, midőn a homloküreg a bulla ethmoidalis fölött a recessus bul-larisba nyílt. Vizsgálatai szerint az ostium frontale, mely kerek vagy ovális, hosszúsága nyílás lehet, 1—5 mm. fág, a ductus nasofrontalis hossza 10 és 20 mm. között váltakozik. A homlok-üregnek kettős kivezető csatornáját is észlelte, az elülsőt a középső orrjárat tetején a hiatus előtt, a hátulsó a hiatus semilunarisba nyílt, továbbá olyan esetet is, midőn a homloküreg egy elülső rostasejt közvetítésével nyílt indirecte a középső orrjáratba. Két esetében a hiatus semilunaris hiányzott és a homloküreg a középső orrjárat tetején nyílt. Ezen alakviszonyok ismeretének gyakorlati értéke van a homloküreg kutaszolásakor, a canule elhelyezésekor, szóval mindazon esetekben, a melyekben a homloküreg-bántalom endonasalis gyógykezelése javalt. Azonfelül vizsgálatai kiterjeszkedtek a gyermekek homloküregreire is, melyekről más alkalommal fog bővebben megemlékezni.

Fuchs Dénes: **A formollal titrálható anyagok kiválasztásának nagyobb vérvesztés után tapasztalható megváltozásáról, mint a Cal : N hányados nagyobbodásának egyik okáról.** (Bemutatta: Udránszky László l. tag.) A szerző korábbi tanulmányában¹ azt találta, hogy a vizelet $\frac{\text{Cal}}{\text{N}}$ hányadosa tekintélyesebb vérvesztések hatására megnagyobbodik. E jelenségnek egyik okaként arra is lehetne gondolni, hogy a vérmegújodással kapcsolatos kémiai folyamatok, pl. a különböző összetételű fehérjéknek egymásba való átalakulása közben, a synthesisre fel nem használt aminosavak, mint hulladéktermékek, a vérbe s innen a vizeletbe jutnak. E feltevés igazolása czéljából *Henriques-Sørensen* módszerének alkalmazása kapcsán négy kísérleti sorozatban (két kutyán és két nyúlra) az aminosavak, illetve a formollal titrálható anyagok kiválasztásának a vérvétel után való viselkedését vizsgálta s azt találta, hogy ezen anyagoknak úgy abszolút, mint különösen a vizelet egész N-jéhez viszonyított gyarapodása valamennyi kísérleti

sorozatban tapasztalható volt, vagyis a kísérletek eredménye az elméleti megfontolás helyességét igazolta.

A szerző a vizsgálatai alkalmával használt módszerek, mint a *Spiro-féle* és *Krüger-Reich-féle* NH_3 meghatározások körül nyert tapasztalatairól is beszámol. Az előbbi illetően azt találta, hogy az NH_3 -nak erős levegőárammal való kihajtásához legalább 20 óra szükséges, ellentétben az eredeti utasítással, mely 3—4 órát mond szükségesnek. A *Krüger-Reich-féle* vacuum-destillációs eljárás kifogástalan eredményeket ad.

Fuchs Dénes: **Az éhezés hatása a formollal titrálható anyagok kiválasztására.** (Bemutatta: Udránszky László l. tag.) A szerző vizsgálta, van-e szerepe az aminosav-(formollal titrálható anyagok) kiválasztás nagyobbodásának a hosszabb éheztetés után a halál előtt tapasztalható fokozott N-kiválasztásban. Négy állatot (két kutyát és két nyulra) éheztetett, s megvizsgálta N, aminosav + N és NH_3 kiválasztásukat. Az aminosav + N-t *Henriques-Sørensen* szerint határozta meg. Kitünt, hogy bár az aminosavaknak, illetve a formollal titrálható anyagoknak abszolút mennyisége az éhezés folyamán nagyobbodik, a N-hez viszonyított mennyiségük változatlan marad. Ezt az eredményt nem lehet még véglegesnek tekinteni, mert az aminosav-meghatározásnak alkalmazott módja hibaforrásokat rejt magában, melyek a vizelet összetételének éppen az éhezéssel kapcsolatos megváltozása által oly mértékben és oly irányban fokoztathatnak, hogy az aminosav-N kiválasztásnak esetleges relativ gyarapodását felismerhetetlenné tehetik.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. rendes tudományos ülés 1910 november 5.-én.)

Elnök: Schaffer Károly.

Jegyző: Entz Béla.

Ritka rhinolith operált esete.

Némái József: Előadja módszerét, melylyel szerfelett nagy orrkövet távolított el 40 éves asszony egyik orrfeléből. A kö az üreget egészen kitöltötte, úgy hogy az alsó kagylót is magába zárta és semmiféle műszerrel, még szondával sem volt megkerülhető. A könek kihúzására még gondolni sem lehetett. Ez még a külső orr véres megnyitásával sem mehetett volna simán, mert a könek szélességi átmérője a középső és hátulsó harmadban nyilvánvalólag nagyobb volt, mint az orrbejárat s a kagylót minden esetben ronsolta volna a kihúzás, mert a kö bele volt ágyazva.

Hátratulni pedig a követ hosszúsága miatt nem lehetett és a köanyag, melylyel az orrüreg mintegy ki volt öntve, meg sem mozdult. Csakis a szétdarabolása jöhetett szóba, de megfelelő erős műszerrel absolute nem lehetett körül fogni, a karsú műszerek pedig, melyeket a bemutató megkísérlett, nagyon gyengék voltak a könek repesztésére.

Ennélfogva a bemutató megfelelő éles, karsú fúrókat készített, melyeket villamos motorral hajtva a köbe, mintegy alagutat készített, és ennek oldalfalait aztán vékony fogóval lerepesztette. Ez több ülésben meglehetősen fáradsággal annyira sikerült, hogy a könek még csak utolsó harmada maradt meg hátul. Ezt se lehetvén vastagsága miatt hátratulni, vésővel repesztette kétfelé, hátul a choanában mutató ujjával támasztva meg a követ. Kitünt aztán, hogy a mész-köből álló tömegnek magvát nagyobb gyümölcsmag alkotta, talán szentjánoskenyér magva, úgy hogy gyanúja van rá, hogy gyermekkorá óta képződött a kö.

Az egész eljárás nagyon kíméletes és vérzéssel sem járt.

Láng Kornél: Felemlíti 1908-ban bemutatott orrkő-esetét, melyben a 4 cm. hosszú követ a sulcus nasolabialisban vezetett metszéssel egy darabban távolította el. A bemutató említette eljárás is igen jó, de külön műszert igényel és sokáig tart. De késtől irtózó betegen használható

¹ *Fuchs Dénes:* A vizelet $\frac{\text{Cal}}{\text{N}}$ quotiensének változásáról nagy vérvesztések után. Magyar Orvosi Archivum. X. 96. 1909.

Arczplastica esetei.

Pólya Jenő:

I. A pofanyálkahártya pótlása a nyelvből vett lebenynyel.

K. J., 49 éves koresmáros, felvétel 1910 október 12.-én. 2 év előtt keletkezett foghúsán egy daganat, mely 3 hó előtt áttört az arcán. A bal arcfél felett kis almányi, kifekélyesedett, az állkapocshoz rögzített daganat, mely a száj felé átfürödött. Az egész pofanyálkahártya belszíne kifekélyesedett, a száj alig nyitható, penetrans szájbűz. Az állalatti tájék mirigyei is megnagyobbodottak, kemények. Diagn.: Cc. buccae et mandibulae. Műtét október 14.-én. Novocainadrenalin-anaesthesia. Mindkét állalatti és submentális táj kitakarítása. A baloldali állalatti táj képleteit a kiízesített mandibulával s a pofa bőrével és nyálkahártyájával együtt távolítjuk el az art. max. ext. és vena fac. communis előzetes lekötése után. A defectus a bőrön az orr oldaláig, az alsó szemgödörszélíig és a fülkagylóig, a nyálkahártyán a garatfalig és a felső foghús széléig terjed. A nyálkahártyadefectus pótlására a nyelv bal feléből nyálkahártya-izomlebenyt alkotunk, melyet felpreparálása után a nyálkahártya-defectusba mindenütt pontosan beleillesztünk. A külső defectust bőrlebenynyel fedjük, melynek nyele a nyelvcsont felett ül és mely harántul vonul el a nyakon. Ezt a defectusba fordítjuk s a secundaer defectust annyira szűkítjük, hogy csak a nyak-drainage számára marad hely. A gyógyulás sima, a seb bevarrt része per primam egyesült, csak a tamponád helyén van még egy felület sarjfelszín. A szájür elzáródása a nyak-sebtől tökéletes.

II. A pofanyálkahártya pótlása az állkapocs felszálló ágának kiirtása után csak a masseteren lógó nyaklebenynyel.

Sz. I., 52 éves földmives. 1 év óta fejlődött a bal pofa hátulsó zugában egy kis seb, melyet f. é. április 30.-án a szájon át kiirtottunk és kipaquelineztünk, ugyanekkor az állalatti táj mirigyeit is kiirtottuk. Augusztus óta száját nehezen nyitja. Felvételkor a Szt. István-kórházba (1910 október 13.-án) nagyfokú szájjár, a szájból penetrans, jellegző bűz. Műtét. A szájjugból az állalatti tájba huzódó s annak hegében folytatódó metszésből kitarjuk a száját, az állkapocst az I. molaris előtt átfürészeljük, a nyálkahártyán levő rákos fekélyt körülmetszszük s az állkapocs felhágó ágát exartikuláljuk. A massetert előzőleg óvatosan leválasztjuk a csonttól. A nyakon egy a masseteren tapadó négyszögletes bőrlebenyt irunk körül s ezt hámos színével a defectusba fordítva, az elülső garatíven, a nyelv oldalán, a felső foghúson és a pofanyálkahártyán levő sebszélekhez varrjuk, felette vezetett jodoformgaze-zal drainezzük az állkapocs iz-árkát s az infratemporalis tájat; a nyak-sebet teljesen bevarrjuk. A gyógyulás teljesen sima; az összes sebek primaer gyógyultak, a lebeny kifogástalanul megtapadt. Jelenleg csak az állkapocs iz-árka helyén van egy sarjadzó felület.

III. A felső ajak átültetése az alsóra.

L. F., 59 éves földmives. Folyó év június elején vette észre, hogy alsó ajka kisebesedik; augusztus elején vidéken megoperálták, augusztus végén azonban baja kiújult és szeptember 10.-én vettette fel magát a Szt. István-kórházba az alsó ajkat a bal szájszögleti rész kivételével egészen elfoglaló rákos fekélylyel. Az állalatti és submentális mirigyek kiirtása, az alsó ajknak négyszöglet formájában való kimetszése; plastica a jobb sulcus nasolabialis tájáról vett téglányalakú lebenynyel. Ez teljesen elhalt. A visszamaradt négyszögletes defectust oly módon pótoltam (október 10.-én), hogy a felső ajakból alkotott négyszögletes lebenyt, mely az ajak egész vastagságából és szélességéből készült s a jobb szájjug táján tapadt, a felfrissített defectus jobb oldalába varrtam, 14 nap múlva a lebeny nyelét elvágtam s vele a defectus hátralevő részét pótoltam. A felső ajak maradékát az orrszárnnyat megkerülő metszésekkel mobilizálva a középvonalban egyesítettem és a megmaradt felső ajakpírral beszegtem. A bal szájjug táján az alsó ajkon támadt varratszétválást a szájjug mobilizálása után november 2.-án egyesítettem. Az ajak restitutiója teljesen sikerült, formája egészen normális. A felső ajak is kifogástalan, a fogakat jól eltakarja.

IV. Orrplastica.

G. H., 55 éves, bérlo. 14 év előtt támadt egy kis pattanása az orrszárnnyon, mely lassan, de folyton nőtt. 3 év előtt kiirtották,

1 év óta recidiva. Az orr bal oldalát és hátát egészen elpusztító, a bal mediális szemzugra s az orr jobb oldalára is áttérjedő kb. forintnyi rákos fekély, melynek fenekén a baloldali orrüregbe lehet látni. A homlok közepén régi plastica hegvonala. Október 25.-én műtét. Kiirtás bőven az épben, az állkapocs homlok aljának, az os lacrimalenak s a bal orresontnak resectiója. A defectus a homlokon levő hegtől balra eső területéről vett szabálytalan trapéz alakú s a defectusba pontosan beleillő bőrlebenynyel pótoljuk. A homlokot Thiersch-lebenynyel transplantáljuk. Prima gyógyulás. November 1.-én. A nyélből a főlsőleges részeket kimetszszük. Teljes kozmetikai és functionális eredmény.

Ehrlich-szerrel kezelt három beteg bemutatása.

Basch Imre: A Közkórházi Orvostársulatban f. évi október hó 19.-én terjedelmesen beszámoltam tapasztalataimról. Eddig 108 esetben végeztem injectiót, melyekben 4 esetet kivéve, egységes technikát követtem. Intravenosus, intramusculáris és subcutan adjuk a 606-ot. Intravenosus úton leggyorsabban jut a szer a szervezet legkülönbözőbb részeibe, de rohamosabban távozik is, úgy hogy a befeckendezett anyagnak legfeljebb a felével számolhatunk. Az intramusculáris injectiót savanyú vagy neutrális suspensio alakjában végzik. Hátránya, hogy nagy mennyiségénél fogva fájdalmas, coagulatiós nekrobiosis támad és kellemetlen melléktünetek keletkeznek. Ezeket a szernek tulajdonították, de csak a technika következménye volt. A bőr alá feckendezést Wechselmann kezdte neutrális suspensióban a scapula táján 10—8 cm³ mennyiségben. Ennek is nagy a mennyisége, coagulatiós nekrosis és nagy depót marad az injectio helyén. 1910 augusztus 13.-án kezdtem az injectiókat alkalmazni, 3 helyre elosztva, cursoral ellátott record-fecskendővel a IV., VIII., XII. hát-csigolya magasságában a gerincoszloptól 3 cm.-re. A helyi reactio és a depót csekélyebb, az arsenobenzol felszívódása, minthogy sokkal nagyobb területre vittem szét, aránylag tökéletesebb. 300 injectiót végeztem; 3 esetben nekrosis támadt, de ez csakhamar ellöködött. A nekrosis akkor áll be, ha a folyadék nem a bőr alá, hanem a zsírrétegbe jut vagy a cutisba.

A bemutatott esetek:

1. 23 éves magánhivatalnok 1 év előtt inficiálta magát. 8 héttel utána volt az első tünet, bőrgummák. 10 sublimatinjectiót kapott a 0.03 gm., mire a gummák visszafejlődtek. Majd toroktünetek és újabb hasonló 10 injectio. 4 hó előtt a kemény szájpádon és az uvula mögött fájdalmak jelentkeztek, újra 12 injectio a 0.05 gm., de a folyamat tovább fejlődött s jelenleg a kemény szájpádon 3 cm. hosszú és 2 cm. széles anyaghány van, ezen át szabad közlekedés a száj- és orrüreg között, a melyen át látható az orrgaratüreg hátulsó felső falán koronányi szürkés-barnás, szennyes csafatokkal fedett folytonossághiány, melynek alapja csupasz, érdes csont.

Papulás kütég az egész testen. Két nappal ezelőtt kapott az 55 kgm. súlyú egyén 0.50 arsenobenzolt. Hőmérsék az injectio után 37.2°, most, vagyis az injectio után 54 órával 36.3°.

2. 21 éves nő, állítólag 4 hét óta beteg. A tonsillák plaquejai és erodált papulái, condylomái a nemi szerveken a mellett szólnak, hogy régebben beteg. 7 nap előtt kapott 0.50 arsenobenzolt, az első napon az injectio után 10 órával maximális hőmérséklet 37.8. A 2. napon 37.3, a harmadikon 37.2, a negyediken 37.4 s azontúl teljesen normális. A plaqueok 3 nap alatt, a genitáliák erodált papulái 6 nap alatt teljesen visszafejlődtek.

3. 22 éves nő. Lues maculo-papulosa. Ulcerationes folliculares tonsill. utriusque. Papulae exulceratae. 21 nap előtt kapott 0.7 arsenobenzolt. (Testsúlya 60.5 kgm.) A tonsillák és a kis ajkak fekélyedése 4 nap alatt teljesen eltűnt, a maculák ugyanakkor teljesen elhalványodtak, míg a papulák 10 nap alatt teljesen ellaposodtak, részben nyom nélkül eltűntek, részben festékfoltok maradtak helyükön, melyek azóta lassan kisebbednek s ma az injectio utáni 21. napon csak elszórtan s elenyésző kis számban láthatók.

Hőmérséklet az 1. napon, 6 órával az injectio után maximális 38.4, a 2. napon 37.7, a 3. napon 37.8, a 4. napon 37.7, az 5. napon 37.6, a 6. naptól fogva 37.0 és ez alatt.

Mind a három esetet azért mutattam be, hogy a hármasszűrésnek feltűnően csekély lokális tüneteiről méltóztassanak meggyőződni, valamint arról, hogy ily hármasszűréssel végzett technika mellett a tünetek oly gyorsan visszafejlődtek, hogy gyorsabbat, úgy vélem, az intravenás injekciók után sem lehet észlelni.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1910 október 5.-én.)

Az „Ehrlich“-szerrel való gyógykezelésről.

(Folytatás.)

A felsorolt csekély és ideiglenes melléktünetek mellett rendkívül kimagasló a gyógyszer előnyös hatása a syphilisre. Így első sorban áll rendkívül gyors hatása a syphilis kórokozójára, a spirochaetára. A második, harmadik és negyedik napon a pozitív spirochaeta-lelet már negatívvá lett és többszörös utánvizsgálat ellenére is negatív maradt.

A Wassermann-féle serodiagnosis az esetek nagyobb számában 10—14 nap után negatívvá lett, több esetben 20—22 nap után; egy esetben még 75 nap után is pozitív, de ebben az esetben a lues tünetei sem multak el.

Rendkívül feltűnő a gyógyszer gyors behamosító hatása. Erosiv syphilid 2—4 nap alatt behamosodik. Ezen kitűnő és eléggé meg nem becsülhető hatás éppen úgy észlelhető ulcus lueticum primarium, mint nyálkahártya-syphilid és erosiv bőrsyphilid esetében.

Feltűnő gyors a hatása a szernek a sclerosisra, a regionarius hubóra és az oedema indurativumra, nemkülönben a syphilitikus chancrehez szegődött phagaedenismusra.

Meglepő a hatása az ulcerosus syphilidekre. Szürkés-sárgás lepedékkel fedett, infiltrált alapú fekélyedések 2—4 nap alatt szép piros sarjadzó felületté alakulnak át és az alapjuk felpuhul.

Szinte csodaszerű a hatása a malignus syphilisre. Egy csapásra, az egyik napról a másikra megváltoztatja a körképet és a beteg állapotát, subjectív érzetét. Az utóbbit valószínűleg a suggestív hatás is előnyösen befolyásolja.

Felemlítésre méltó végre a testsúly mondhatnám rohamos gyarapodása. Volt betegem, ki három hét alatt 6 kilót hizott, de van olyan eset is, a melyben a testsúly 4—5 kilóval fogy. A maculo-papulosus syphilidre való hatása már nem oly rohamos, de ennek eltüntetésére is alig egyharmad annyi idő szükségeltetik ezen eljárás mellett, mint az eddig alkalmazottnál. Feltűnő jelenség különösen a papulosus syphilidnél a sötét pigmentatio, a mely hátramarad és az erősen kifejezett atrophia a bőr azon helyén, a melyen a papula székel.

Az adenopathia universalis kedvezően befolyásoltatik ugyan, de nagyjában állandóan észlelhető a bőrtünetek eltűnése után is. Két malignus syphilis-esetemben körülbelül négy héttel a befecskendezés után recidivát észleltem. De láttam recidivát maculo-papulosus syphilidnél is 4—6 héttel az injectio után 3 esetben.

Különösen felemlítésre méltónak tartok néhány esetet.

1. Atrophia nervi opticeiben szenvedő beteg. Ezen beteg a jobb szemén vak, a balon ujjakat még lát. Négy héttel az Ehrlich-injectio után a színeket meg tudja különböztetni és a naplomon a harmadfél és egy centimeter nagyságú betűket olvassa. Kijelenti, hogy esti homályban mindent lát.

2. Congenitális luesben szenvedő 10 éves gyermek, a kinek majdnem minden kitapintható esontján periostitis luetica van, a kinek jobb czombesontja fekete tömeg alakjában elhalva szabadon fekszik, a bőrén több helyen ulcerosus syphilid van és a jobb félkarsontja eltörött (ostepsathrosis). Mindezekhez szegődik 12 pro mille fehérje, a vizeletben pedig a szemcsés és hyalin cylinderek

egész raja. Pirquet positiv. Rendkívüli lesoványodás. A betegnek olyan fájdalmai vannak, hogy feljajdul, ha csak valaki az ágyhoz ér. E betegnek 0.18 arsenobenzol befecskendezése után a daganatok napról napra szemmel láthatóan kisebbednek és ma, a befecskendezés utáni nyolczadik napon, fájdalom sehol sincs. A gyermek vig, ajka pirosabb, testsúlyban gyarapszik és a daganatok alig egy ötödét teszik annak, a mi volt, vagy pedig már egészen eltűntek. A hatás egyszerűen meseszerű, ha tekintetbe vesszük, hogy eddig minden antilueses eljárás csak súlyosbította az állapotot.

3. Paralytikus beteg, ki 15 évvel ezelőtt inficiálta magát, kin a legsúlyosabb beszédzavarok voltak, a kinek a járása kifejezetten paralytikus volt, ki állandóan izgatott volt, mint tegnap értesültem, három héttel az injectio után jól beszél, dolgait üzletében végezi, vigkedélyű és a mit már egy év óta nem tett, társaságba, kávéházba jár.

4. 58 éves férfi, ki három évvel ezelőtt fertőzte magát és a kin a lues maligna tünetei jelentkeztek a bőrön. Háromnegyed év óta szédülésről, éjjeli és nappali fejfájásról panaszkodik. Fél év előtt nagy kedélyi depressiók heteken át, a miért intézetben is volt. 5—6 hónap óta a székről alig tud felkelni, alig tud járni. Járása ingadozó, erősen hullámszerű, atactico-peretikus, erősen fokozott térd-reflex, a kezet szorító képesség nagyon rossz. Behunyta szemmel igen nagymérvű Romberg. Diagnosis: Lues cerebrospinalis. Ezen betegen az injectio utáni negyedik napon oly feltűnő a javulás, hogy könnyen tud felkelni és majdnem egész biztosan jár.

5. Paralytikus beteg, ki 7 évvel ezelőtt fertőzte magát. Egy év óta a paralysis tünetei. Az injectio utáni negyedik napon a javulás határozott jelei. A fejnyomás megszűnt, majdnem egészen jól beszél és számol.

6. Igen érdekes egy 17 éves, lues malignában szenvedő fiú esete. Az egész testre kiterjedő ekthyma, magas láz (39.2), nagy elesettség, majdnem fonálszerű pulsus. Ezen betegen az első befecskendezés után gyógyult ekthymák hegeiben négy héttel utóbb recidiva, újabb infiltratio keletkezett. Az infiltratumok csakhamar kifehélyesedtek és attól lehetett tartani, hogy az eredeti súlyos állapot kiújul. Sublimatfürdőkre az új sebek begyógyultak ugyan, de hypertrophias hegek keletkeztek. Minthogy a Wassermann állandóan positiv volt és a sublimatfürdő hatása nem volt egészen kielégítő, újra 0.50 Ehrlich-injectiót végeztem, mire a hypertrophias helyek tökéletesen eltűntek.

7. Arthritis (gonitis) lueticában szenvedő nő fájdalmat és daganata két hét alatt eltűnt.

A felsoroltak után az Ehrlich-féle gyógyszert igen nagy haladásnak tartom a syphilis gyógytana terén. Az észlelt recidivák a mellett szólnak, hogy az Ehrlich által remélt sterilisatio magna nem éretett el. E recidivákat vagy az okozta, hogy az alkalmazott adag nem elég nagy, vagy pedig az, hogy a kellő nagyságú adag mintegy betokolódik és abból a gyógyszer csak részletekben vétetik fel. Több esetben volt alkalmam észlelni, hogy a tünetek gyógyulása két-három napig látszólag szünetelt, hogy azután mintegy ugrásszerűleg néhány napig gyorsabban haladjon előre. Ezen ugrásszerű javulást és megállapodást egy és ugyanazon betegen többször lehetett megfigyelni. Ez csak úgy magyarázható, ha a gyógyszernek mintegy elraktározását tételezzük fel, avagy felveszszük, hogy a szervezetben Ehrlich szerint arsenálló spirochaeta-törzsek (arsen-feste Spirochaetenstämme) vannak, a melyek azonban Ehrlich szerint kénesóval könnyen előlhetők. Tényként kell felemlítenem, hogy egy recidiva-esetben nem akarván újólal alkalmazni az Ehrlich-szert, a betegnek sublimat-injectiót adattam és különös, hogy ugyanazon adag sublimat, mely azelőtt a betegre tökéletesen hatástalan volt, most az Ehrlich-féle szer alkalmazása után fényesen hat a syphilitikus fekélyedésre. A 606 a szervezet fogékonyságát a Hg iránt módosította.

Minő következtetéseket vonhatunk le tehát eddigi tapasztalataink alapján az Ehrlich-féle gyógyszer alkalmazására nézve és miként értékelhetjük azt?

(Vége következik.)

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Alapy Henrik: Közlés a Bródy-gyermekkorház sebészeti osztályáról. A gümőkóros coxitis és gonitis conservatív kezelésének végeredményeiről. 855. lap.

Bareza Sándor: Közlés a III. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyet. ny. r. tanár.) Aorta-aneurysma átfúródása a vena cava superiorba. 858. lap.

Róna Dezső: Néhány szó a jodtinctura-desinfectióról. 859. lap.

Magyary-Kossa Gyula: A pestisorvos. 860. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Wilms és Wullstein: A sebészet tankönyve. — *Lapszemle. Belorvostan.* Fleckeder: A malaria gyógyítása arsennel. — *Idegkörtan.* Levaditi: Kísérleti poliomyelitis. — *Sebészet.* Tremben: A hereditaer

haemophilia serumkezeléséről. — *Dahl:* A latens pylorus-stenosisról. — *Baum:* Az egyoldali haematogen vesegyenedésről. — *Stursberg:* A vérnyomás viselkedése az aether- és chloroform-narcosis alatt beható hóingerekre. — *Hüsgyszervi betegségek.* Li Virghi Girolamo: A circuláris elektrolýsis újabb módszerei. — *Venerás bántalmak.* R. Winternitz: Recens luesben szenvedő egyének vérének vizsgálata chemiai úton. — *Fizikai és diatetikai gyógyításmódok.* Dreue: A vizkető bőrbajok kezelése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Wildmann: Szer méhvérzés ellen. — *Kraus:* A bromural használhatóságáról a gyermekgyakorlatban. — *Sidney H. Hall:* Szer terhességi hányás ellen. 863—865. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 866. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 866. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 867—869. lap.

Melléklet. „Sanatorium Gorbio Menton felett, Riviera“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Bródy-gyermekkorház sebészeti osztályáról.

A gümőkóros coxitis és gonitis conservatív kezelésének végeredményeiről.¹

Irta: **Alapy Henrik** dr., egyetemi magántanár, kórházi sebész-főorvos.

A gümőkóros csípő- és térdizületi gyulladás conservatív kezelése végeredményeinek közlése időszérűnek látszik. Ha eltekin-tünk a régebbi statistikáktól, melyek oly esetekre vonatkoznak, a melyek régebbi, kevésbé tökéletes módszerekkel kezeltetvén, természetesen kevésbé kedvező eredményt kellett, hogy adjanak, az újabbkori irodalomban feltűnően kevés közlést találunk, melyet összehasonlításra lehet felhasználni a különböző módszerek jogosult-ságának vizsgálatakor.

Pedig fontos kérdések várnak elintézésre. Egyelőre még az *operatív és conservatív eljárás határai* sincsenek élesen meghúzva. Szinte hallom azt az ellenvetést, hogy az abszolút megkü.önböztetés amúgy is lehetetlen, minthogy csak esetről esetre lehet a helyes el-járást megtalálni, sőt *Bier*² azon a nézetten van, hogy az izületi tuberculosis kezelésében nincs veszélyesebb tan, mint az, mely a conservatív módon kezelendő, a resectiós és az amputatiós eseteket sémásan akarja beosztani. Ezt annyiban nem lehet kétségbe vonni, a mennyiben minden javatállításkor kell, hogy legyenek kivételek. Azoknak a kartársaknak azonban, kik a végtelenbe növekedett szakirodalmat tanulmányozzák és ellenszolgálatásképpen tájékozódást keresnek, élesebben felállított indiciókkal nagyobb szolgál-atot teszünk. Már pedig éppen azon szerzők között, kik az utóbbi elvet vallják, igen jelentékeny ellentétek vannak. Például alig fogunk tévedni, ha feltételezzük, hogy az itt összegyűlt szaktársak

között csak elvétve vannak némelyek, kik hajlandók azon indica-tiókat követni, melyeket az izületi tuberculosis terén jelenleg élő legnagyobb autoritás: *König*¹ állított fel a gümőkóros *csípőizület* resectiójára vonatkozólag.

Nem kevésbé éles az ellentét a *térdizületi tuberculosis* keze-lése tekintetében. Azon kartársak, kik főleg orthopaed-sebészettel foglalkoznak, a térdizületre is, különösen a gyermekek térdizületére vonatkozólag nagyon conservatív állásponton állanak. Hogy azon-ban ez a felfogás nem általános, arra nézve az internacionális sebésztársulat első, brüsseli congressusának tárgyalásai bőséges adatokat nyújtanak. E helyütt a térdresectio, sőt a *gyermekek* gümőkóros térdének resectiója mellett is igen figyelemre méltó hangok emelkedtek. Erre a gonitis kezelésekor e munka második részében még visszatérünk.

Egy további kérdés tolu jelenleg előtérbe s ez a *conservatív kezelés módjára* vonatkozik. Megszoktuk, hogy egész magától értetődőnek tekintsük, hogy az alapbaj kezelésével a gyulladás következtében támadt zsugorodások kiegyenesítését is összekössük. *Ludloff*² már 1901-ben jelezte, hogy a gipszkötést rendszerint a *kóros állásban* kell alkalmazni redresszálás nélkül. Csak akkor redresszálja a zsugort, ha oly nagyfokú, hogy a járást gátolja.

Az indicatio morbi és indicatio orthopaedica elválasztásának ezen elvét az utóbbi években a bécsi iskola kész módszerré dolgozta ki, melyet *Lorenz*³ igen meggyőző érvekkel támogatott. Az érvelés lényege az, hogy a correctura a gyulladás szakában bizonyos veszélyeket rejt magában. Ezek az állítólagos veszélyek állanak: az atrophia magasabb fokában, a genyedés gyakoribb jelentkezésében és elég gyakran a gümőkór disseminációjában. Ezeket a hátrányo-kat oly módon kerüljük el a legbiztosabban, ha a correcturát csak *utólag*, osteotomia útján igyekszünk elérni.

¹ *König:* Die specielle Tuberkulose der Knochen und Gelenke. II. Das Hüftengelenk, Berlin, 1902.

² *Ludloff K:* Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. Langen-beck's Archiv, 1901. 63. kötet, 741—742. lap.

³ *Lorenz A:* Über die Endziele der Coxitisbehandlung und ihre einfachsten Mittel. Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie, 1906. 17. k., 362. lap.

¹ A német orthopaed-sebészek IX. congressusán és a magyar sebészek 3. nagygyűlésén tartott előadás.

² *Bier:* Behandlung der Gelenktuberkulose. I. Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Bruxelles, 1905. IV. kérdés, 1. füzet.

E kérdés felett a „Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie“ hasábjain igen kellemetlen vita fejlődött ki, melyben egy szempontból mindenestre igazat kell adni *Lorenz*-nek, abban tudniillik, hogy ezen vitás kérdést nem lehet eldönteni elméleti okoskodásokkal, hanem csakis mindkét tábor végeredményeinek közlésével.

Ezek azon okok, melyek arra birtak, hogy a conservativ coxitis- és gonitiskezelésem eredményeit közöljem.

Előbb azonban röviden le kell írnom a követett *kezelés-módszert*; nem mint ha ez irányban valami újat tudnék mondani; azonban a siker vagy balsiker csak akkor ítéltető meg kellőleg, ha az ember tudja, hogy mily kezelésmódszerrel éretett el. Kezdjük tehát a gümőkóros *csípőizületi gyulladás* gyógyításával.

I.

A coxitis kezelése csaknem kizárólag *ambulans* volt. Csak elvértve vesszük fel rövid időre betegeinket a kórházba, akkor tudniillik, ha hibásan alkalmazott vagy időközben eltört gipszkötésben *decubitus* fejlődött ki. A míg ez kigyógyul, a gyermekeket 5—6, legfeljebb 10—12 napra súlynyújtásba helyezzük. Csakis erre az időre és csupán ezen célból. Azután ismét feltesszük a *járó gipszkötést*.

Az utóbbi a kezelés főeszköze. A kórház munkájának első éveiben a gipszkötést egyes vagyonsabb betegeken a *Hessing-féle* aczélsínes börtökkel helyettesítettük. Lassan-lassan eltértünk ezen szokástól, mert bebizonyult, hogy a jól alkalmazott gipszkötés jobban rögzít, mint a legjobb gép.

Kivételes esetekben, ha tudniillik a betegek excessiv fájdalommal kerültek kezelés alá, a gipszkötést a *kóros helyzetben* tettük fel; azonban körülbelül tíz nap múlva ezek a gyermekek is vannak annyira, hogy alkalmazásba vehetjük a *Dollinger-féle* *étappokban való correctio* kezelésmódszerét.

Az esetek túlnyomó többségében ezt az eljárást alkalmaztuk *elejétől fogva*. A módszer sokkal ismertebb és elterjedtebb, semhogy leírása szükséges volna. Csak arra akarok emlékeztetni, a mit a módszer feltalálója is különösen hangsúlyozott, *hogy minden erőszak alkalmazását kerülni kell*, hogy az ellenálló képletek csak megfeszítendők, de nem nyújtandók. Ez az oka annak, a miért az altatás is felesleges.

Az első kötés mindig az úgynevezett *rövid gipszkötés*, mely az övtől a térdecondylusokig ér le. Az esetek többségében azonban ezt a kötetést meg kell hosszabbítani a bokákig és beilleszteni a *Kappeler-féle* kengyelt vagy a *Lorenz-féle* lábszártokot *tehermentesítés* céljából.

Az ehhez való javulat kissé különböző a másutt követett szabályoktól. Tudvalevőleg *Lange*¹ addig tehermentesíti a csípőizületet, a míg a mérszólgyás a csontokban meg nem szűnt, *Lorenz*² pedig addig, a meddig a megterhelési fájdalom tart. Hogy ez utóbbi a tehermentesítésnek abszolút javallatát alkotja, az magától értetődik, azonkívül azonban ilyennek tekintem a *czombfej és az izvápa tovahaladó roncsolását*, sorozatos Röntgen-képekkel controlálva. A roncsolás *továbbhaladása* (nem maga a roncsolás) különben többnyire, bár nem mindig, egybeesik a megterhelési érzékenységgel.

A tehermentesítés tartama különböző. Körülbelül 3—12 hónapra tehetjük. Miután szükségessége megszűnt, ismét visszatérünk a rövid gipszkötéshez.

A gipszkötéseket az *étagpos correctura* tartama alatt körülbelül 10—14 naponként változtatjuk. Ez az időszak attól az izgalomtól függ, melyet a *correctura* előidéz. Az izgalom kizárólag a gyermekek *éjjeli nyugtalanosságában* nyilvánul. Rendesen csak az első éjjel észleljük. Ha azonban a gyermekek 3—4 éjjelen át voltak nyugtalanok, akkor a következő *correcturát* a 14., néha a 20. napra halasztjuk el. A redresszálásnak *Ludloff* által leírt következményeit: napokra, sőt hetekre kiterjedő hőemelkedéseket, vagy éppen csonttöréseket sohasem tapasztaltunk. Hogy mennyiben lehet

a redresszálás következménye meningitis stb., azt később (VI. és VII. tábla) fogjuk tárgyalni.

A *correctura* befejezése után, midőn tehát a csípőizület középállását elértük, a kötések már csak körülbelül havonként változtatjuk. A kötéseknek hosszabb ideig fekvéshagyása nem kívánatos, nem mintha a bőr táplálkozás-zavaraitól tartanánk, hanem a tályogveszély miatt.

A *coxitis*es tályog a gipszkötés alatt gyakran minden észrevehető tünet nélkül fejlődik ki. Néha csekély (37—37³⁰-ig terjedő) hőemelkedésekkel jelzi magát. Nagy hiba volna azonban feltételezni, hogy nem fejlődhetik tályog, mert a hőmérsék normális. Éppen-séggel nem ritka, hogy teljesen láztalan gyermekek kötésének eltávolítása alkalmával már jelentékeny nagyságra nőtt tályog okoz kellemetlen meglepetést. A hőmérséklet annál megbízhatóbb, minthogy coxitis gyermekeken heteken, sőt hónapokon át is találkozunk apró hőemelkedésekkel a nélkül, hogy tályog fejlődne.

Valamivel megbízhatóbb útmutatást ad a gyermekek *nyugtalanossága*. Tulajdonképpen *fájdalomnak* ezt nem lehet nevezni. Azonban a betegek gyakran *étvágytalanok* és éjjel nyugtalanok. Ez mindig kezdő gyanúját kell hogy keltse. Mind e jelek azonban bizonytalanabbak, semhogy körjelzést építhetnénk rájuk. Sokkal biztosabban járunk el, ha hasonló tünetekben nem bizunk és a gipszkötést havonként változtatjuk, hogy az izületet és környékét megvizsgálhassuk.¹

A *tályog felfedezése* a kezdő stadiumában tudniillik *cardinalis fontosságú*. Ha a tályogot idején felfedezzük, akkor nagy biztonsággal subkutan állapotában gyógyíthatjuk ki. Ekkor a tályog a jóslatot alig rosszabbítja. Mint a VI. táblából látható, az úgynevezett *száraz* (gyenedéssel nem komplikált) esetek gyógyulási százaléka kerek számban 76⁰/₀, 24⁰/₀ nem gyógyulttal szemben. A *zárt gyenedésekben* az arány 75:25, szóval ugyanaz a szám. Ha ellenben a tályogot csak akkor fedezzük fel, midőn a túlhoszu ideig fekvéshagyott kötés alatt jelentékeny nagyságot ért el, akkor a tályog kifakadását igen gyakran már semmi módon sem tudjuk meggátolni. Ez pedig a jóslatot nagyon megrosszabbítja. A mint az említett táblázat mutatja, a *nyílt gyenedéssel* komplikált coxitisek gyógyulási arányszáma jelentékenyen alászáll: 44⁰/₀ az 56⁰/₀-hoz, a mint ezt különben számos más, idegen statistikából is konstatálni lehet.

Ez az az ok, a mely az izület gyakrabbi ellenőrzését a kötéseknek körülbelül havonként való változtatásával kívánatosá teszi.

A *coxitis-tályog kezelése* punctióval és 10⁰/₀-os jodoform-glycerinemulsio befecskendezésével történt. Hogy ennek a jodoformmentes kezeléssel szemben minő előnyei vagy hátrányai vannak, azt a VI. táblázatnál fogjuk tárgyalni. Itt csak annyit óhajtok megjegyezni, hogy *mérgezéseket*, még enyhébb alakban is, *évek óta nem láttunk*, a mióta tudniillik az emulsióból 10 cm³-t meghaladó mennyiséget nem fecskendezünk többé be. Rendesen elegendő 3—5 cm³. A punctiókat 2—4 heti időközökben mindaddig ismétljük, míg a gyenedés megszűnt.

A *sipolyos* eseteket ablakos gipszkötésekkel különben éppen úgy kezeljük, mint a nem sipolyos eseteket. Ha csekély hőemelkedések mutatkoznak, a melyek mellett azonban a betegek nem romlanak le, akkor hónapokig várunk, rögzítünk, esetleg tehermentesítünk stb. Csakis azok a sipolyos betegek, kiknek vagy magasabb lázuk van, mely nem akar engedni, vagy pedig subfebrilis hőemelkedések mellett is anaemiássá válnak és folyton soványodnak, csökkenni nem akaró gyenedés mellett: csakis ezek kerülnek operatív kezelés alá a *csípőizület resectiójával*. Szerencsére ezek az esetek nagyon ritkák, mindössze nyolcz esetet reszekáltunk.

Ismeretes, hogy néha a kezelés befejezése után újlag zsugorodások keletkeznek. Vannak oly esetek is, a melyek régi coxitis előrehaladott stadiumában hibás állásban kerülnek kezelés alá oly zsugorokkal, a melyeket már nem izomspasmus okoz, hanem a lágyrészeknek, az izmoknak, a bonyéknak, különösen az iztoknak

¹ *Lange Fr.*: Die orthopaedische Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. A budapesti nemzetközi orvoscongressus tárgyalásai. 1909. VII. szakosztály, 17. lap.

² *Lorenz A.*: l. c.

¹ A későbbi stadiumokban, körülbelül a kezelés második évétől kezdve, midőn a gyermekek egészséges, telt külseje, fokozott étvágya, nyugodtabb éjszakái és a rövid kötésben szabadabb mozgása *előrehaladott gyógyulásra* engednek következtetni, az egyes kötések közti időszakot hosszabbra (2—3 hó) lehet venni.

heges zsugorodása. Ezeket már az első korrigáló gipszkötésnél, melyet kísérletképpen mindig alkalmazunk, fel lehet ismerni a világosan érezhető rugalmas ellenálláson. Az első kötés eltávolításakor azonnal észre lehet venni, hogy a hibás álláson mitsem javítottunk, a végtag visszaszökik a kóros helyzetbe. Ilyenkor semmi célja sincs annak, hogy saját magunkat és betegeinket az étagpos correctióval kínozzuk. Ezeket lehetőleg magasan végzett *subtrochanteres linearis osteotomia* segítségével hozzuk a középállásba. Erre a coxitisek jelentékeny kisebbségében volt csak szükség.

Ez az osztályomon divó kezelése a gümőkóros coxitisnek. Magától értetődik, hogy párhuzamosan ezzel a vázolt kezeléssel alkalmazásba jönnek azon *hygiénés eljárások* is, melyek általános ismeretek és melyeket leírni szükségtelen. Meg kell azonban említeni, hogy körülbelül másfél év óta a csont- és ízület-tuberculosis csaknem valamennyi esetében *immunizáló kezelést* is alkalmazunk, részben passiv immunizálást a *Marmorek-féle* gümőkór-serummal, az esetek többségében activ immunizálást a *Koch-féle* Neutuberculin segítségével. Nincs itt annak helye, hogy erről ki-merítőleg beszéljek. A régebbi esetek, a melyekre az alább következő statisztika kizárólag vonatkozik, amúgy is csak kivételesen kezeltettek tuberculinnal. Az újabb esetekben pedig túlrövid a kísérleti idő, semhogy végleges ítéletet lehetne mondani. Nem akarom azonban elhallgatni, hogy néha-néha meglepett a *feltűnő gyors- és sima gyógyulás*, a minőt ezelőtt nem szoktunk látni; igaz, hogy csak egyes esetekben.

A beteganyagról néhány szót. Hangsúlyozni kívánom, hogy kizárólag gyermekeket kezelünk a 15. életévig, idősebb betegeket csak annyiban, a mennyiben gyermekkorukban léptek kezelésbe, ezeket teljes gyógyulásukig tovább kezeljük. Az észlelési idő 1897 márczius havától 1907 elejéig terjed. 655 coxitisbeteg került vizsgálat, körülbelül a fele kezelés alá.¹ Utóvizsgálatra 51 beteg jelentkezett, 46 töltötte ki a válaszlapot használható módon; 25 halt el időközben (1897—1909 végéig) a legkülönbözőbb halál-okok folytán. E szerint összesen

122 coxitis

végleges sorsáról számolhatunk be.

Még egy megjegyzés az anyag egyöntetűségére vonatkozólag. Ismeretes érv a conservativ kezelés statisztikájának megbízhatósága ellen, hogy csak a kedvező esetek vannak kimutatva, minthogy a súlyosabbak nem itt, hanem az operativ statisztikában szerepelnek, illetve a legsúlyosabb coxitisek, melyekben a conservativ kezelés elejétől fogva kilátás nélkülinek mutatkozott, azután azok, a melyekben ez a kezelés eredménytelennek bizonyult: megoperáltak és ily módon a resectió statisztikákat rosszabbítják. Ez az ellenvetés nálunk elesik, minthogy, mint említve volt, csak egy egész jelentéktelen törtszámot reszekáltunk. (A resectió halálesetek különben szintén szerepelnek kimutatásunkban. Lásd a VII. táblázatot.) Az itt közölt kimutatás tehát úgy a könnyű, mint a súlyos esetek conservativ kezelésének eredményeit adja minden válogatás nélkül.

Az eredmény megítélésére szolgáló zsinórmértéket magamnak kellett megállapítanom, minthogy az eddigi szórványos közlések nem oly természetűek, hogy mintául vehettem volna. A következő pontokat véltem tekintetbe vevendőnek:

1. Az ízület állapotát (mozgathatóság vagy ankylosis, a zsugorodás foka).
2. A contralaterális medenczesüppedést a kóros oldali lábón való álláskor.
3. A valódi rövidülést.
4. A sorvadást.
5. A járási képességet.
6. Az esetleg jelentkezett genyedet.
7. A gyulladás, illetve a halálozás százalékos számát.

Ezeket a pontokat egyenként óhajtom tárgyalni.

1. Az ízület állapotáról a következő táblázat nyújt felvilágosítást.

¹ Valamennyi betegünket felszólítottuk, hogy jelentkezzenek, illetve töltse ki a válaszlapot, azokat is, kiket a legutóbbi években kezeltünk. Ez utóbbiakat a kimutatásba nem vettük fel, kivéve a haláleseteket. Őt osteotomizált és két reszekált esetet, melyek szorosan véve szintén nem tartoznak ide, az összehasonlítás kedvéért vettünk fel.

Coxitis.

I. táblázat.

Az utólag megvizsgált 51 ízület állapota.

	Száraz	Tályog	Sipolyos	Osteo- mizált	Resze- kált	Összesen
A Teljes mozgathatóság	9	2	1	—	—	12
B Középállás, részleges mozgathatósággal	1	2	—	—	—	3
C Ankylosis középállás- ban	3	3	—	5	1	12
D Ankylosis csekély zsugorral	2	5	—	—	—	7
E Ankylosis nagyfokú zsugorral	5	3	3	—	—	11
F Nagyfokú zsugorodás részleges mozgatható- sággal	1	2	3	—	—	6

Százalékokban (kerek számban):

	Eset	%
Kitűnő végeredmény (A)	12	24
Jó végeredmény (B, C)	15	29
Elég jó végeredmény (D)	7	14
Rossz végeredmény (E, F)	17	33

Ehhez a táblázathoz némi magyarázat szükséges. Természetes, hogy csak az utólag megvizsgált 51 ízületet lehetett értékesíteni; a válaszlapok erre a célra nem használhatók. Úgy itt, mint a többi összes táblázatban különbséget tettem a genyedéssel nem komplikált (rövidség okáért „száraz”-nak jelzett) esetek, a zárt genyedéssel lefolyt esetek (tályog) és a nyílt genyedéssel komplikált coxitisek (sipoly) között.

Feltűnő nagy a normálisan mozgatható ízületek száma (12=24%). Ez alatt csak oly csípőizületet értek, a mely nemcsak minden irányban szabadon mozgatható, hanem melyen a Röntgenkép is az ízületet alkotó csontok tökéletes megtartását mutatja és a melynek tulajdonosa ideálisan jár, a sántítás minden nyoma nélkül. Nem akarok e kedvező eredményből következtetéseket vonni. Valószínűleg valamennyi oly könnyen megbetegedett ízület volt, mely rövid rögzítési időtartam után gyógyult ki.

A „csekély zsugorodás” és „nagyfokú zsugorodás” ugyan nagyon egyéni megjelölések, azonban úgy vélem, áttekinthetőbbek, mint azok a kimutatások, a melyekben a zsugorodások egyes alakjai fokokban vannak feltüntetve. Az első megjelölés alatt az ízület oly fokú zsugorodását értem, mely nézetem szerint *osteotomiát nem igényel* (tehát alig észrevehető vagy semmi közelítés és legfeljebb 20—30 fokig terjedő hajlítás); az utóbbi megjelölés alatt oly zsugorodást, mely a helyzet javítására *osteotomiát tesz szükségessé*.

A nagy fokban zsugorodott ankylosisos ízületek (E) a rossz eredmények közé vannak sorolva, ámbar ezek a csípőizületek linearis osteotomia segítségével könnyen vihetők át a jó eredmények rovatába (C). Azonban a resectio functionális eredményeivel való összehasonlítás céljából szigorúan akartam ragaszkodni azon állapothoz, mely adva volt a conservativ kezelés befejezésekor, mielőtt a betegnek az osteotomiát ajánlottam volna.

2. A beteg oldali lábón való álláskor észlelt ellenoldali medenczesüppedés értékes tünet a kigyógyult csípőizület funkciójának megítélésére. Ennek a jelenségnek az egyes komponensei ugyan másképpen is konstatalhatók. Az ankylosis hiánya mellett igazi ízület hiánya; a pelvitrochanterikus izomzat hibás tapadása (trochanter magas állás); a ccombnyak tönkremenése folytán túlrövid emeltyűszár; végül az említett izomzat atrophijája; ez utóbbi kivételével más úton is, főleg a Röntgen-képen felismerhető. Összességükben azonban biztos következtetést engednek az irányban, hogy az a beteg, a kin ezen tünet kifejezetten megvan, *kitar-
tón járni nem tud*.

E tünet vizsgálata a következő eredményt adta:

Coxitis.

II. táblázat.

Az utólag megvizsgált 51 ízület *ellenoldali medence-süppedése*.

	Száraz	Tályos	Sipolyos	Osteo- mizált	Resze- kált	Összesen
Nincs	17	7	2	5	1	32 = 62.7%
Csekély	2	4	1	—	—	7 = 13.7%
Kifejezett	2	6	3	—	—	11
A beteg bot nélkül nem tud járni	—	—	1	—	—	1 = 2.35%

Vagyis 76%-ban az ízület jó állapotban
24%-ban „ rossz „

azaz:

76% ízület jó állapotban,

24% ízület rossz állapotban gyógyult ki.

E tünet értéke szembeötlő, ha ezt a táblát összehasonlítjuk az I. sz. táblázattal. Ez utóbbiban az ízület részleges mozgathatóságát 9 esetben konstatáltuk (B. f. rovat), a második táblában ellenben 12, illetve 19 esetben.

Az ellenmondás magyarázata nyilvánvaló. Az a magyarázat, melyet a medencesüppedés okául *Manninger*¹ és *Lorenz*² felvesz, kétségtelenül helyes. A fent felsorolt körülmények teszik okát annak, hogy a medence a kóros oldali lábön való álláskor nem rögzíthető. Minden lépés alkalmával lebillen a kóros oldal felé.

Nyilvánvaló, hogy csontos vagy szoros rostos ankylosis esetében ez nem történhet meg. Már pedig úgy látszik, hogy a fekvő betegen közönségesen gyakorlati vizsgálati módszer néha cserben hagy bennünket. Némely ízület tudniillik szilárdan ankylosisnak látszik és mégsem az, a mint ez kétségtelenné válik a járáskor észlelt medencesüppedés által.

3. A rövidülés megállapítása sok fejtörést okozott. Minden esetben megmértem az abszolút, a valódi és a functionális rövidülést, valamint a *trochantermagasállást* is. Ez utóbbi nagyság szabatos mérése különösen nehéznek mutatkozott. Ha a *Saxl*³ ajánlotta szabályokhoz tartjuk is magunkat, két centimeterig terjedhető tévedések akkor is előfordulhatnak. Erről könnyen meggyőződhetünk, hogyha a *lemért* trochantermagasállást összehasonlítjuk azzal a számmal, melyet kapunk, hogyha a czombesont *abszolút* rövidülését (mérték: trochanteresücs — külső condylus) levonjuk a *valódi* rövidülésből (mérték: csipőtővis — külső boka). Ha azt az ajánlatos óvatossági rendszabályt is követjük, hogy a lábszár hosszúságát is megmérjük, minthogy gyakran ez is meg van rövidülve és ily módon az *egész* alsó végtag abszolút rövidülését levonjuk a valódi rövidülésből: akkor a különbözethez egyeznie kellene a trochanter magas állásával. Már pedig ez *gyakran nincs így*. Annak, hogy e két szám nem egyezik, okát a trochanter-magasállás mérésének módjában kell keresni, ez tudniillik nem szabatos módszer és megbízható számokat nem ad.

Középszámként a két említett nagyság közt (tudniillik a le-mért és a kiszámított nagyság között) 1.7 cm.-nyi átlagos trochanter-magasállást találtam. Túlnagy fontosságot ennek az értéknek annál kevésbé tulajdonítanék, mert a méréssel talált szám gyakran *nem egyezik a Röntgen-vizsgálat eredményével sem*. Ez utóbbi az ízület ronesolását néha kisebbnek, nem ritkán azonban nagyobbak tüntette fel, semmint a trochanter-magasállás mérése után várni lehetett volna.

Hogy a *functionális* rövidülés nem állandó nagyság, minthogy az utólagos osteotomia által kedvezően befolyásolható, nyilvánvaló. Tehát mint gyakorlatilag egyedül értékesíthető szám a *reális* rövidülés

¹ *Manninger*: Über die Enderfolge der operativen Behandlung bei Coxitis tuberculosa. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1902. 65. k., 26. lap.

² *Lorenz*: l. c. 364—365. lap.

³ *Saxl* A.: Das Verhältniss des Trochanters zur Roser-Nélaton'schen Linie. Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie, 1906. 17. köt., 442. l.

marad. Ez tudniillik egyesíti magában a két változhatatlan nagyságot: az abszolút rövidülést és a trochantermagasállást. Igazi mértékét adja a végtag functiója gátlásának, a mennyiben az a rövidülésen alapul. Ez okból *kizárólag a valódi rövidülést* tábláztam.

Gonitis.

XII. táblázat.

Az ízület állapota az utólag megvizsgált 31 esetben (32 ízület)

	Száraz	Tályos	Sipolyos	Osteo- mizált	Össze- sen
A Teljesen mozgatható	9	2	1	—	12
B Teljesen nyújtható, de csak részben hajlítható	—	2	—	2	4
C Ankylosis nyújtott helyzet- ben	2	—	—	—	2
D Ankylosis, csekély zsugor	2	1	3	—	6
E Ankylosis, nagyfokú zsugor, (subluxatio, genu valgum)	5	—	3	—	8

E szerint:

Az ízület állapota ideális (A)	12 esetben = 37.50%
" " " jó (B C)	6 " = 18.75%
" " " elég jó (D)	6 " = 18.75%
" " " rossz (E)	8 " = 25.0%

Az ide nem tartozó resectió eset levonásával *átlagban 2.82 cm. rövidülést* kapunk.

Ez a rövidülés természetesen jelentékenyen kisebb, mint a resectio után származó valódi rövidülés (6—11 cm., több resectio statisztikából összeállítva *Dollinger*¹ által), de jelentékenyen kedvezőbb, mint a *Wagner-Bruns*-féle² munkában közzétett conservative kezelt coxitis-esetekben, hol 5 cm. átlagos rövidülés van kimutatva és 1 cm.-rel kedvezőbb, mint a *Lorenz-Aberle*-féle³ kimutatásban, 3.87 cm. átlagos rövidüléssel.

(Folytatása következik.)

Közlés a III. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: *Korányi Sándor* báró, egyet. ny. r. tanár.)

Aorta-aneurysma átfúródása a vena cava superiorba.

Észlelte: *Barcza Sándor* dr.

A mellkasi aorta aneurysmájának különböző szövödményei közül a vena cava superiorba való áttörés a ritkaságokhoz tartozik. Ennek a betegre oly kétségbeejtő súlyos eseménynek a körjelzése nem ütközik mindig különös nehézségekbe, s már több oly eset ismeretes az irodalomból, a melyben a diagnosis in vivo csaknem bizonyossággal megállapított.

Esetünkben a poliklinikumban alkalmunk volt a jellemző tünetesoportot látni és a kórkép oly annyira kifejezett volt, hogy a diagnosishoz — jöllehet a beteg csak rövid ideig volt észlelhető és megvizsgálása igen megnehezített volt — kétség nem férhetett. A kórtörténet a következő:

I. K., 32 éves, gyári munkás. 1908 október 7.-én jelentkezett az ambulancián. Kórelőzményi adatokat a súlyosan szenvedő betegről csak hiányosan nyerhettünk. Állítólag mindig egészséges volt, dolgozott az utolsó napig, sőt felvétele napján is még munkába állott. Bár hosszabb idő óta érzett szédülést, ha előre hajolt, mégis munkáját különösebb nehézség nélkül elláthatta. A jelentkezése előtti napon figyelmeztették a munkatársai, hogy az arcza dagadt, de ő nem tulajdonított ennek jelentőséget. Ma reggel hirtelen erős rosszullet lepte meg, heves fejfájáson és intenzív szédülésen kívül a nyakán olyaszerű feszülést érzett, mintha megfulladás előtt állna. Még volt annyi ereje, hogy körülbelül egy órával később, saját lábán, a gyárból ambulantiánkra jött.

Status praesens: Az athleta termetű beteg az arcza, a nyak és az erősen dagadt felső végtagok igen nagyfokú cyanosisa látható. Fülei és ajkai sötétkék színűek; a nyakon, valamint a karokon

megpattanásig feszült, erősen kiemelkedő bőrerek láthatók. A cyanosis elől körülbelül a IV. borda magasságában elég éles határral végződik. A mellkas alsó fele, a has és az alsó végtagok inkább halványak, vérszegények. A pulsus szabályos, meglehetősen feszes, percenként 84. A nyak jobboldali, valamint a jobb felkar erein feltűnően intenzív systolés pulsus észlelhető, kevésbé kifejezetten a bal oldalon. A szívcsücsök a VI. bordaközben, majdnem az elülső hónaljvonalon tapintható, körülírt és emelő. Egészen gyenge lüktetés tapintható jobbra a manubrium sternitől. A szívtompulat befelé a jobb bimbóvonalig ér. A szív fölött systolés és diastolés zörej hallható, melyeknek punctum maximuma az aorta fölött van. Az erek fölött zörej nem hallható. Oliver-Cardarelli-tűtet nincs. A tüdőlelet normális. Röntgenoskopiánál a hatalmas szív-árnyék balra majdnem a mellkas széléig, jobbra-kifelé erősen convex határral a jobb bimbóvonalon túlterjed. A középpárnyék felső része mindkét oldal felé kiszélesedett, bal fele felül élénken lüktet; jobb oldalon pulsatio sem felül, sem alul biztosan nem állapítható meg.

A beteg igen nyugtalan, ágyában hanykolódik, kétszer-háromszor. A jobb felkaron végzett érpunctióval 300 cm³ kékesfekete vért bocsátunk ki. Utána pillanatnyilag a kar duzzanata eltűnni látszik, azonban ez csak néhány percig tartott. Bőséges oxygenbelégzés szintén hatástalan. Délután 2 órakor a beteg meghal.

A sectiót Pertik tanár intézetében Krompecher tanár végezte. A bonczoláslelet kivonata: Mellkasüregek: a szív hatalmasan tágult, a mellüreget a két emlővonal között a II. bordaköztől a IV.-ig kitölti. A bal kamara dimensiói 12 × 9 × 7 cm., a jobb 11 × 10 × 5. A bal pitvar kisalmányi, a jobb ökölnyi. A bal kamara izomzata 2 cm. vastag, a jobb 2 mm. Az összes billentyűk épek. Az aorta felszálló szárán ökölnyi, zsákformájú aneurysma látható, a mely a bal pitvar és a vena cava superior felé boltosul. Az aneurysmabemenet átmérője 5 1/2 cm. Az aneurysma belső felületén számos szürkés-fehér, részint sárgás plaque látható. Az aneurysmának a vena cava superiorba bedomborodó része ennek falával erősen összenőtt; a bedomborodás miatt az ér lumene a jobb pitvarba szolgáló szájadéknál ezerüze vékonyságig szűkült. A szűkület fölött az ér erősen tágult, s ez a rész új szélességű perforatiós nyíláson át az aneurysma zsákjával közlekedik. A perforatiós nyílás szélei élesek, zeg-zúgosak, mérsékeltlen belőveltek.

A mint a kórtörténetből látható, betegünk az áttörést csupán néhány (5-6) órával élte túl. Az irodalomban leírt legtöbb esetben a túlélés tovább tartott (Reinhold 2 napos, Matterstock 7 napos, Hensen 11, Kiezeritzky 18 napos észlelt; egy hónapig tartó Fränkel, Reinhold).

A symptomatológiát és diagnosist illetőleg esetünkben a következők állapíthatók meg. Az izmos, munkaképes kézművesen hirtelen rendkívül magas fokot elérő cyanosis keletkezik az arcon, a nyakon és a felső végtagokon és e mellett az alsó testfél teljesen szabad marad. A hirtelen bekövetkező pangási tünetek eloszlása megfelel a vena cava superior rendszerének. A vena cava superior lefolyásában valamely akadályra kellett tehát gondolnunk, a mely akadály biztossággal lokalizálható volt. Az volt már most a kérdés, miáltal jött létre ez az akadály? Egyrészt gondolnunk kellett a vena cava superiorban aneurysma vagy mediastinum-tumor által feltételezett compressió thrombosisára, másrészt az aneurysma perforációjára. Míg thrombosisban a pangásos tünetek nem szoktak oly hirtelen fejlődni, bár hirtelen keletkező keringési zavar így is bekövetkezik (Lüttich), addig esetünkben egy különösen praegnans tünet alapján teljes bizonyossággal megállapítható volt, hogy az esetleges compressio nincs egyedül jelen. E tünet az erős systolés venapulsus volt, különösen kifejezve a jobb testfélén, a mely az egyébként előforduló venapulsussal éppen nem volt azonos, nem puha, nem unduláló, hanem például a jobb cubitalis éren csaknem a radiális arteria pulsusához hasonlított. Ilyen és majdnem éppen ily erős lüktetés volt látható a jobb juguláris éren is. Ezen érpulsusból aneurysma varicosum jelenlétére joggal gondolhattunk; csupán annak bizonyossága hiányzott, hogy a mellkasi aorta aneurysmája megvan-e? A beteg nehezen volt vizsgálható. A röntgenoskopia sem adott egységes eredményt, mégis a manubrium sterni fölötti tompulat és különösen az ettől jobbra tapintható lüktetés, valamint az aorta fölött hallható zörejek ennek tágulata mellett szóltak. A bonczolás kimutatta, hogy a szívtompulat jobb felét az aorta-aneu-

rysmá okozta, mely a szívet erősen balra tolta; mégis in vivo ez nem volt diagnosálható, azért sem, mert — mint említettem — a röntgenoskopia jobboldalt nem mutatott pulsatiót; egyedül a jobb szívszél különösen erős előboltosulása volt feltűnőnek nevezhető.

A tünetek közül egy különös figyelmet érdemel: a gyűjtőér-pulsus. Aneurysma varicosumnál nem gyakori, sőt eléggé ritka a gyűjtőérpulsus; de ha megvan, biztossággal communicatio mellett szól. A mi esetünkben a venapulsus csaknem arteriapulsushoz hasonlított. A bonczolás megadta e rendkívül feltűnő phaenomen magyarázatát. A vena cava sup. lumene a jobb pitvarba való bemenetnél erősen szűkült volt, a szűkület fölött egy kiöblösödés, a melybe, mint az ér beszajadása a pitvarba, vezetett a sokkal tágabb perforatiós nyílás a pitvarba. Azonkívül a perforatiós nyílás helye olyan volt, hogy a systolés véráram közvetlenül, teljes erővel ezen keresztül ömlött, úgy, hogy a vérhullám hatása a vena cava sup. szűkülete következtében a szív felé centripetálisan igen erősen kifejezésre jutott. Kétségtelen, hogy így az előrehajlott testtartásnál jelentkező szédülést, valamint az egy nappal előbb észlelt arcupuffadást az ér ezen szűkülete okozta. Ugyanerre vezethető vissza az is, hogy a perforatio tünetei a vena cava sup. területére szorítkoztak.

A perforatióra jellemző állandó perforatiós zörej, mint azt utoljára Reinhold 2 esete kapcsán leírta, a mi betegünkön nem volt észlelhető. Az aorta fölötti zörej élesen systolés és diastolés jellegű volt. A különösen erős systolés zörej létrejöttében a communicatióknak talán mégis szerepe volt.

Különös érdekű volt még a cyanosis éles elhatároltsága lefelé. A mi esetünkben a határ az emlőbimbók felett meglehetősen magasra volt, Kiezeritzky esetében az övtájon.

A therapiai beavatkozás, mint érpunctio, oxygenbelégzés, eredménytelen maradt.

Irodalom: Reinhold: Deutsches Archiv f. klin. Med., 71. köt. — Matterstock: Idézve Reinhold-tól. — Hensen: Ref. Fortschritte der Med., 1900. — Kiezeritzky: Berl. klin. Wochenschr., 1908. 38. szám. — Fränkel: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1897. 6. szám. — Lüttich: Schmidt's Jahrbücher, 202. köt.

Néhány szó a jodtinctura-desinfectióról.

Irta: Róna Dezső dr., kórházigazgató Baján.

A múlt év őszén Budapesten tartott nemzetközi orvosi congressus sebészi szakosztályán számolt be Grossich a jodtinctura-desinfectio első közlése óta szerzett tapasztalatairól. Felszólalása sem valami különösebb visszhangot nem keltett, sem nagyobb vitát nem provokált. Azóta úgy a német, mint a francia lapokban több közlemény jelent meg e tárgyról, s az eljárást mint jót és megbízható általánosan ajánlják. Bogdán Aladár a Centralblatt für Chir.-ban ez év elején a jodtinctura előtt a zsírnak és hámnak a Heuser-féle jodbenzinnel való ledörzsölését ajánlja és csakugyan sok helyen e modificatiót használják. A külföldön e methodus sokkal hamarabb terjedt el, mint nálunk, mert Magyarországon, egyes vidéki és néhány budapesti sebészi intézettől eltérve, nem vált a sebészek közkincsévé.

Igaz, hogy több mint egy évtizede vonult be a jodtinctura a sebészetbe, de nem mint souverain desinfectiens, hanem mint adjuvans a Führbringer-Ahlfeld-féle desinfectio befejezése után a bőrre alkalmazva, s természetes, hogy azon iskola, mely a jodtincturát a legjobb esetben is negyed óráig tartó bőrsúrolás után alkalmazta, nem hagyhatta el bátran a negyed órai munkát igénylő manipulációt, mert mindannyiunkban meggyökeresedett azon hit, hogy minél tovább foglalkozunk a műteendő területtel, az relative annál sterilebb lesz, ha már absolute serillé nem is tehető. Innen magyarázható azon körülmény, hogy a Grossich ajánlotta egyszerű methodus, mely a németek szerint „unheimlich einfach“, nehezen hódított tért.

Tagadhatatlan, hogy a jodtinctura-desinfectiónak vannak bizonyos hátrányai. Nevezetesen alkalmazásának szélesebb körben való elterjedése után csakhamar jelentek meg közlemények, melyek jodecémákról és felületi hámnekrosisokról szóltak. Ez mindenki-vel, velem is megessett. Azonban e hátrány, mely finom bőrral bíró betegeken jelentkezik (többször szült, atrophias bőrről nők hasán, gyermekek bőrről, a serotumon, a czombok között stb.), kikerül-

hető, ha ily esetekben a rendes jodtincturával készített 10–20%-os alkoholos oldatot használjuk.

Grossich 10%-os jodtincturáról beszél és nem egészen világos, hogy a rendes 10% jodot tartalmazó alkoholos solutiót gondolja-e, avagy az ebből készült 10%-os alkoholos oldatot, tehát recte 1%-os jodalkohololdatot. És ez is megfelelő lenne, hiszen a Heusner-féle jodbenzin csak 1:1000 jodot tartalmaz és Heusner teljesen meg volt elégedve csírázó hatásával. Arnd és Tavel ugyanezen szempontból a következő oldatot használja: Jodi puri 6·0; Chloroformii 180·0; Alcohol. absolut. 20·0. Arnd szerint a chloroform csökkenti a jod maró hatását, szerintem inkább azon körülmény szerepel, hogy aránylag hig, 30%-os az oldat.

A Centralblatt ez idei 15. számában Hesse ezeket mondja: „Ich kann nun die bisherigen Berichte über die Sicherheit des Verfahrens auch bei Verwendung dieser 20% Lösung bestätigen und zweifle nicht, dass selbst die von Grossich empfohlene Verdünnung auf 10–12% völlig genügt, offenbar kann man die Breite der Verdünnung zwischen 10 bis 20% beliebig wählen. Dagegen habe ich mit dieser verdünnten Lösung, nicht ein einziges Jodeczem erlebt, auch nicht bei den kleinsten Kindern oder gar einen Fall von Jodschnupfen.“

Az én tapasztalataim is megerősítik Hesse ezen állítását: hígított officinális jodtincturával kezelve a finomabb bőrkéteket, nem keletkeznek eczemák, bőrelhalások. Különböző eczemákat igen csekély számban láttam, inkább csak az I. fokú égési sebekhez hasonló epithel-leválásokat. Így legutóbb egy többször szült vékony bőrű nőn végzett bélresectio műtete után a hasfal bőrének felületén rétege foltszerűen levált és hegesen gyógyult. Azóta ilyen esetekben gyengébben ecsetelem a bőrt. Megjegyzem, hogy a Bogdán ajánlotta előzetes jodbenzinezés a jodtinctura hatását emeli, annak a mélybe hatását fokozva. Újabban a műtét után steril zink-kenőccsel kenem be a bejódított műteti területet és az eredményekkel azóta még jobban meg vagyok elégedve.

Az egyetlen hátránya a jodtincturával való desinfectiónak tehát a néha észlelhető eczema, a mely azonban elkerülhető.

Ezzel szemben a régebbi eljárás felett előnyei hasonlíthatatlanok.

1. Friss sérülések ellátásakor merem állítani, hogy semmiféle együttes mechanikai és chemiai desinfectiós methodussal a bőrt nem sterilizáltuk, sőt ellenkezőleg a kefével és szappanhabbal csírákat vittünk a sebbe. A friss sérülések desinfectiója a jodtincturával absolute keresztülvihető, zsiros kezeket előzetesen jodbenzinnel moshatunk tisztára.

2. Fistulás, sarjadjó sebfelületeken (rák, gümös csont, ízületi góczok) a kefével többet ártottunk, mert az ott levő genyet a bőrporusokba belenyomtuk.

3. Lobos folyamat esetén bárhol, de főként a hasüregre vonatkoztatva, magasan felette áll a régebbi eljárásnak.

A pyosalpinx, az appendiculáris tályog, a genynyel telt epehólyag amúgy sem volt nagyon kedvező objectum az erős surolásra, eltekintve az okozott nagy fájdalomtól, s ez által a beteg erejének fogyaszásától. Ha pedig narcosisban végeztük a mosást, kitettük a beteget a mosás idejével meghosszabbított narcosis veszélyének.

4. Az egyszerű jodbenzin-jodtinctura-desinfectióval elért időkimélés sem megvetendő körülmény. Minél kevesebb emberre van bízva a beteg sorsa, annál nagyobb a garancia az asepsis tekintetében. Kevés assistentia biztosabb asepsist, nagyobb assistentia rosszabb asepsist jelent. Ez köztudomású. Ezért az operálandó betegemet mindig magam desinfectiálom és ha több műtétet végzünk egy délelőtt, az előkészítés a Fürbringer-Ahlfeld-methodussal igen sok időt emészt. Ha ezen időt és energiát megtakarítva, inkább a műteti technika szabotosságára fordítom.

Hiszen nagy asepsises apparatus már úgyis ólomsúlylyal nehezedett a sebészekre. Mindinkább erősödő áramlat indult meg már évek óta, főleg angol sebészek köréből, mely a felesleget kiküszöbölni igyekezett. Ez áramlatnak egyik jelensége a jodtinctura-desinfectio. És hogy mily szívesen látott jelenség a sebész eljárások egyszerűsítése, azt az mutatja, hogy a methodus ma már a világ minden részében elterjedt. Egyes sebészek minden előzetes tisztogatás nélkül egyszerűen bekenik a bőrt jodtincturával vagy annak hígított oldatával (Arnd, Döderlein), mások előzetesen jod-

benzinnel dörzsölik le a bőrt (Sick, Girard), ismét máshol előzetesen aetherrel vagy alkohollal súrolják a bőrt (Aman), míg egyesek a bőrre kent jod-oldatot alkohollal mossák le (Roux, Krönlein-iskola).

Saját tapasztalataim több száz esetre terjednek, a legkülönbözőbb sebész beavatkozásokat foglalva magukba, kezdve a koponyalékelésen és végezve a benőtt köröm műtétén, az összes arc-, nyak-, mell-, has- és végtag műtéteket felölve. És ha előfordult itt-ott egy-egy genyedés, a mi minden sebész osztályon előfordul, nem a bórdesinfectio hiányossága, hanem vagy a sülyesztett fonál, vagy technikai hiba volt az oka, hiszen a bőr desinfectiója mellett egyenlő fontosságú vagy még fontosabb a szövetekkel való velebánás, a sebelltetés technikája.

Véleményemet a saját tapasztalataimból kifolyólag a következőkben összegezhetem:

1. A jodbenzin-jodtinctura-bórdesinfectio individuálisan alkalmazva ideális fertőtlenítő eljárás.

2. A régebbi methodusokkal elért eredményekkel nemesak felveszi a versenyt, hanem bizonyos esetekben felettük áll.

A pestisorvos.

(Vége.)

A pestisorvosok iránti ellenszenv másik oka az volt, hogy a nép körében, úgy mint a külföldön, meggyökeresedett az a csodálatos előítélet, hogy a veszedelmes járvány mérgét maguk az orvosok, továbbá az urak, no meg természetesen a — zsidók hintegetik szét a nép közt. Ezért a lakosság már eleve gyanakodással fogadta a megjelenő pestilentiariust, nem engedelmességet neki, a felajánlott gyógyszert visszautasította és, mint láttuk, sokszor az orvos életére is tört.

Ezért írja Békés vármegye közönsége az udvari kancelláriának (1739 április 29.), hogy a Gyulára kirendelt orvost és a sebészeket tegyék el máshová, mert Békés vármegyében az emberek nincsenek hozzászokva a gyógyszerek bevételéhez (homines medicamentis uti non consuevissent), jobb lesz hát, ha a doktorokat olyan helyre küldik, a hol a nép orvosságot is szokott néha szedni.

Némelyhol a pestises betegek még a tályogjaikat is inkább a maguk kezével szabdalják fel, semhogy az orvos vagy a sebész segítségéhez fordultak volna. Bentzig Mátyás dr., a debreczeni „medicus pestilentialis“ azt írja (1739 augusztus 11.) a városi tanácsnak, hogy egy odavaló szabómesternek a 19 éves fia pestisbe esvén, bubókat kapott az ágyékában, melyekre a sebész Empl. attractivumot¹ tett, másnap azonban a beteg lehúzza a flastromot és a baloldali bubót, mely még egészen kemény és éretlen volt, késsel fölágta; mindössze néhány csepp vér ömlött belőle, de a negyedik napon a bubó elkülönült a környezetétől s ekkor a fiú apja szabóollóval kivágta a „gyökerét“ és a kivágott mirigyet elásta. A páciens hamarosan meg is gyógyult. Hasonló esetet jelentenek Temesvárról is (1738), a hol egy zsidó pálinkaégető operálta „ki“ a megduzzadt mirigyeit.

„Az itteni nép éppenséggel nem akarja a gyógyszereket bevenni“, mondja jelentésében (1738) a szegedi komendáns; inkább a maguk háziszereikhez fordulnak, mint az orvosokhoz, ezért is az utóbbiak inkább terhére, mint hasznára vannak az államkincstárnak. Hasonló panaszt küld gróf Berényi Tamás, ki 1843-ban a tiszáninneni kerület egészségügyi felügyelője volt: „Chirurgus contagionis Deval panaszkodik, hogy az ő orvosságaival senki sem akar élni, mert a nép azt mondja, hogy a ki az ő orvosságait beveszi, az biztosan meghal.“ A következő évben Kecskemétről is azt jelenti Muraközy Sámuel, hogy az odavalók nem fogadják el a gyógyszereket, mert „meghallották, hogy a kiknek Szegeden grassáló pestiskor a borbélyok italt adtak, azok nagyobb részről azután csakhamar e világból kimultak; ehez accedált itt való Posta Mester ur deákjának oly formán lett meghalása, a ki minek utánna a lazaretumban, mint infectus, vitetett volna, addig is, miglen a borbély italt nem adott neki, szépen beszéllett; de mihielyt azt beadta, azután egy óráig sem élt; melyekre nézve, irtozván tülök a kösség, a tts Tanács éppen reá nem veheti őket, hogy házaikhoz admitálják a borbélyokat“. Spazierer Antal „bürgerlicher Wundtarzt und Baader“ viszont Budáról jelenti dr. Nicoletti pestisorvos

ő *excellentiájának* (1739. április 29.), hogy a városban újra kezdődik a járvány s immár tíz új betegre akadt, kik „in dem Bobonem, in denen schwarzen Petteschen, und den Carfunckel“ sinylődnek, s eddig nem merete ezt megjelenteni a fölöttes hatóságának, mert félt a nép bosszujától; de most már mégis megteszi, kérve a nagytekintetű egészségügyi bizottságot, hogy oltalmazza meg őt, nehogy ismét úgy legyen, mint a pestis első megjelenése alkalmával (lásd fentebb a tabáni lázadás leírását). „Damit ich nicht wiederum mit mein Weib und Kindern in das vorliche Elend, durch falsche Leidt und falschen Zungen, durch die Bürgerschaft geraten möchte, alsz hatte ich die Pest auff das Neue aufgebracht.“ (Orsz. Levéltár.)

Némelyhol, mint például Szegeden, oly ellenszenvvel fogadta a nép a pestisorvost, hogy az egészségügyi bizottság őt huszárt adott kísérettől és védelmül a pestilentiariusnak, mikor egy közeli szálláson egészségügyi vizsgálatot akart tartani (1738). A nép haragja azonban továbbra is engesztelhetetlen maradt s ha másként nem lehetett, alattomos módon is megnyilatkozott; így Temesvárott (1738) a ráczok felgyújtották a pestiskórház szomszédságában levő házakat, csak hogy megszabaduljanak ettől a gyűlölt épülettől.

Nem esoda különben, hogy a járványkórházaktól irtóztott a nép, mert azok a legtöbb helyen igen fogyatékosan voltak felszerelve és a betegek, sőt orvosok ellátása tekintetében is sok kívánni valót hagytak. Leschier, szegedi pestis-sebész írja (1738. november 17.) az egészségügyi orsz. bizottságnak, hogy ne csodálkozzék azon, hogy Szegeden annyi orvos és sebész pusztul el a járvány alatt, mikor olyan szálnalmas ellátásban van részük, s hozzá még olyan sötét lakásban kell meghuzódniok, hogy nappal is állandóan világítaniok kell. Ugyanekkor a temesvári pestiskórházban sem voltak kielégítőbbek az állapotok, miről Steinberger dr., odarendelt pestilentiariusnak július havában kelt jelentéséből győződhetünk meg. Mikor ő (június 10.-én) átvette a temesvári lazarétum vezetését, a betegek ágy és ágybéli nélkül, a pusztá téglapadlón heverték, saját ruháikba burkolózva, ahogy lehetett. Megesett, hogy a betegek 2—3 napon át se kaptak egy kanál levest vagy egy szelet fehér kenyeret. „viel weniger einen guten Tropfen Wasser (massen der Brunn unsauber und nicht gereinigt ist)“. Az orvosok és sebészek a betegekkel egy szobába vannak lezárva, úgy hogy friss levegőt sem kaphatnak, az udvarra se mehetnek ki, hogy legalább a ruhájukat kiszellőzzék és egy kevéssé fel-frissüljenek. A páciensek eledele félig rothadt és tele van pondróval, ápolókat nem kaphatnak, mert rosszul fizetik, ezért is „mithin lauffeten die Inficierte in der febrilischen Furie bald halb, bald ganz nackend herum“. A mellé beosztott sebészek már mind pestissel fertőzöttek és úgy ezek, mint ő maga is, néha három napig se káp húst és kenyeret. Végül bejelenti, hogy ha a legrövidebb idő alatt nem segítenek e bajokon, ő kénytelen lesz megszökni. Ez különben az ápolók közt gyakran megtörtént, kik még a napi egy forintot is keveselték veszedelmes feladatuk jutalmául. (Orsz. Levéltár.)

Máshol sem voltak kellemesebbek a lazarétumbeli viszonyok, s az oda bezárt orvosok, papok és ápolók, kik különben is napnap után szemben álltak a halállal, úgy vigasztalódtak, a hogy tudtak, azaz — a hegy levélével. Az ország több részéből maradtak fenn bizonyítékok arról, hogy bizony a kórházakban ittak, ha lehetett. Közölhetem például az alábbi kimutatást,¹ mely arról szól, hogy a pestis alatt (1739. év második felében) milyen gyógyszereket szállított Zechner Antal, az ottani „Fekete Medvé“-hez címzett patika (pharmacopoea ad Nigrum Ursum) tulajdonosa a lazarétumba; az egész összeg 592 frt 9 krajczárra rugott, a mi bizony szép összeg volt abban az időben. A számlát csak kivonatossan közlöm, de ez is elegendő arra, hogy meglássuk, milyen szorgalmasan fogyasztották a kórházba zárt lelkiatyák, doktorok és tragerok a rozsolist, és egyéb jókat, melyek közt a vágott dohány,² sőt a tetűzsír is szerepel; az utóbbi persze nem orvos uramék ő *excellentiája*, hanem a taligások diskrét használatára. Az érdekes

gyógyszerszámla, melyben az akkor használatos pestis-prezervatívumok is felsorolva, következőleg hangzik:

Június	9. Pro oculus sub turri: Suffitus pestilentialis flor.	— 36 kr.
"	17. Pro patre exposito (a papnak) 20 pulveres praeservativi	" 1 — "
"	17. Pro patre exposito Essentia praeservativa	" — 49 "
"	18. " " Baccae juniperi	" — 24 "
"	23. " " Rosolium	" — 39 "
"	24. " duobus commissariis Rosolium	" — 06 "
"	27. " Dno. Dekan commissario Rosolium	" — 03 "
Július	1. " Tragerone 10 Pulveres praeservativi	" — 30 "
"	3. " patre exposito Acetum pestilentiale	" — 39 "
"	8. " Tragerone oleum pro inunctione	" — 05 "
"	12. " Balneatore Rosolium	" 1 42 "
"	12. " Essentia praeservativa	" 4 49 "
"	12. " Trageronibus Radix Angelicae	" — 06 "
"	13. " Dno Perzy (sebész?) Theriaca	" — 58 "
"	14. " " Spir. vini camphor.	" — 55 "
"	16. " Trageronibus Spir. Anthos	" — 07 "
"	20. " " 20 pulveres praeservativi	" 1 — "
"	23. " Dno Perszy Tabaca scissa	" — 24 "
Augusztus	12. " Trageronibus oleum pro inunctione	" — 30 "
"	12. " " Ungu. pediculorum	" — 13 "
"	20. " chyrurgo Setele Caffee	" — 45 "
Deczember	18. " Francisco domorum purgatore Spir. vini camphor.	" — 10 "

Szeged városának szintén igen nagy költségébe került az 1738/39-iki járvány. Csak gyógyszerekre költöttek 950 forintot, de azonkívül a lazarétumban elfogyasztott bor is igen tekintélyes összegű volt. Itt és a veszteglő állomás mellett felállított „traktéros“-nál óriás mennyiségű ital fogyott.¹

A régi magyarok, éppen úgy mint a külföldi nemzetségek (a németeket éppen nem véve ki), abban az időben hozzá voltak szokva az állandó boritalhoz. Ennek részben hygienikus oka is volt, mert a legtöbb helyen rossz, sőt ihatatlan volt a víz; azért is nagyobb járványok és általában beteges állapotuk idején egészen felhagytak a vízivással, vagy végső esetben forrált vizet ittak, mely szokás elterjedtségéről sok százados adataim vannak. Talán a régi hagyományból származott át napjainkra, hogy mikor a cholera első esetei megjelennek valahol a némes hazában, mindjárt kiadják a „remedium cardinale“, a borivás jelszavát. De más testi bajok alkalmával is ez volt a therapiának legfontosabb fegyvere; bizonyíték rá a peleskei nótárius, aki, mikor a hurut és hideglelés leverte a lábáról, azt mondja, hogy:

„A doktor gyógyított spanyol chinával,
Nem állított helyre mégis sok porával;
De jól lettem, élvén én magyar kórával:
Szőlőmnek tizenöt esztendő borával.

Nincsen a magyarnak jobb *málvázsíja*,²
Nincs jobb balzsamomja, jobb magnézsiája,
Mintha tele pince az ő patikája,
Máse legyen Peru szaszaparillája.

Legény vagyok újra, a kállai kettőt
Immár eljárhatom vagy guggó tőlejtőt“ stb.

Úgy látszik, hogy egyik-másik pestiskórházban is vigan járta a „magyar kúra“, például Selmeczbányán, hol az 1710.-i járvány idején a lazarétumban működő orvosok, sebészek, ápolók, halott-hordók, sirások éjjel-nappal részeket voltak s mivel a fizetésüket nem kapták meg rendesen, irtózatot botrányokat csaptak. Egy napon, feldühödtek részeg állapotukban a kórház összes ablakait, kályháját s minden egyebet, a mi törhető volt, összetörték. Más alkalommal (nov. 30) a részeg felesérek és a többi alkalmazottak nemcsak hogy összeverekedtek, hanem Palenik sirásos felesége azt azt átkot is kiabálta, hogy addig ne legyen vége a pestisnek, míg a hivatalos kiküldöttek meg nem döglének („nicht crepiren“). A tanács azonnal intézkedett, hogy a két német feleser, Seidl és Geyer, elbocsátassák; Paleniknél pedig a pellengérre kötötték, megvesszőzték és az átkot ünnepélyesen vissza kellett vonnia: „dass der Allerhöchste durch dergleiche bosheiten nicht mehr erzürnet, undt zur laengerer Straff beweget werde.“³

¹ Nagyszombatvárosi levéltárból.

² Úgy látszik tehát, hogy akkor még nálunk, úgy mint a külföldön, patikákban is árulták a dohányt és tubákot, sok egyébvel együtt, miről majd alkalomadtán bővebben is megemlékezem.

¹ Reizner: Szeged tört. III., 174., 179.

² *Málvázsia* (olaszul *malvaggia*): a jőféle déleuropai (s különösen a görög) édes borok neve.

³ Richter E.: Kurucz idők, 239., 249.

A régi felcserek közt általában nem voltak ritkák a részeges, izgága természetű emberek, s ez a körülmény okozta részben, hogy a doktorokkal nem mindig állottak jó barátságban. Így a nagyszombati tanács (1739 okt. 21.) azt jelenti az udvari kancelláriának, hogy az expositus sebész, Setele, folytonosan veszekszik a városi orvossal és mindazokkal, kik a pestis elfojtásával vannak megbízva, *ex temulentia vini*. A betegeknek lépten-nyomon azt tanácsolja, hogy a physikus orvosságait ne vegyék be, sőt az orvost az utcán gyalázó szókkal megtámadván, párbajra hívta; pisztolyát is állandóan magánál hordja. A sebészt kérdőre vonta a fölöttes hatóság, de hogy egyéb baja lett-e, arról nem szólnak az egykorú iratok.

Pozsonyban (1710) a pestissebésznek eskütt kellett tennie arra, hogy mindig józan és mértékletes lesz. Itten egészségügyi felvigyázóknak (*visitatores ordinarii*) is nevezték őket, s havi fizetésük 24 forint és napi egy pint bor volt; csakhamar azonban annyira szaporodott a dolguk, hogy a városi tanács méltányosságából 30 frtra emelte föl a fizetésüket.¹

Löcsén (1679) Dumbar András, „feldschaerer von der Löbl. Graff Gavalionischen Compagnie“, volt a pestissebész (*Pestilentz Balbierer*), kinek következő volt a járandósága: minden héten két bírodalmi tallér, naponként 6 dénár ára kenyér, két font hús, 3 pint sör, világítás és fa szükség szerint, minden nap két font só, havonként 2 font bors, egy font gyömbér, hetenként egy font vaj, havonként egy köböl buzaliszt és feleannyi árpakása, szabad lakás és minden pénteken, szombaton egy iteze bor. A szegényeket ingyen, vagyonosabbakat mérsékelt áron volt köteles gyógyítani.²

A sebészek és orvosok fizetése dolgában az 1738–42. pestis idejében (országos levéltári okmányok alapján) még a következő adatokat sorolhatom fel: Temesvárott az egyik kirendelt sebész (Weber) havi fizetése 25 frt, a másiké (König József) pedig 20 frt volt; Tolnamegyében Eltz György sebész évi fizetése 300 frt, (az alispán panaszosan említi, hogy olcsóbbat nem kaphatott a megyében!); Kecskeméten (1739) Grebner sebész havi 50 frtrért szegődött be a járvány idejére, de kikötötte, hogy a fizetését mindig előre fizesse a város. Schuster József orvosdoktor, tekintettel arra, hogy a gyógyszerészethez is ért és sokáig gyakorolt Rómában is, havi 75 frt fizetésben részesül (1738). Az ezen évi budai pestis idejéből különben fennmaradt egy részletes kimutatás, mely az alkalmazandó egészségügyi személyzet járandóságait következőleg tünteti fel:

„Connotation deren jénigen Persohnen, so zur Zeit einer Contagion (welche Gott allergnädigst verhüetete), alhier nöthig seyn.

1.	Auf 10 ausgesetzte Catholische Geistliche die Unterhaltung;	
2.	1 Altgläubischen,	
3.	1 Feldscherer in dem Lazaret,	
4.	1 „ „ Taban,	
5.	1 „ „ der Wasserstatt,	
6.	1 „ „ der Neustift,	
7.	1 „ „ der Vöstung; jeden monathlich 50 fl.; macht 250 fl.	
	ein jeden Feldscherer die Kost à parte mit 25 „	
	thuet „ „ „ „ 125 „	
8.	Doctor, monatlich 100 fl. „ „ „ „ 100 „	
	Die Kost à parte „ „ „ „ 25 „	
9.	6 Siech-Knecht jeden monatlich 12 fl. „ „ „ „ 72 „	
10.	Ein Corporal, monatlich 14 fl. „ „ „ „ 14 „	
11.	Lazaret-Vatter „ „ „ „ 12 „	
12.	1 Köchin „ „ „ „ 4 „	
13.	3 Wäscherin à 6 fl. „ „ „ „ 18 „	
	ohne der Kost, und Krankhen Warterin	
14.	Zuschrader (!) 2 à 6 fl. „ „ „ „ 12 „	
15.	5 Commissarien jeden 8 fl. „ „ „ „ 40 „	
16.	2 Störer, jeden 20 fl. „ „ „ „ 40 „	
17.	4 Bueben vor die Geistlichen monatlich jedem 1 fl. „ „ „ „ 4 „	
18.	Hebam ohne der Kost „ „ „ „ 6 „	

Hasonló kimutatás maradt Kolozsvárról is, hol az 1720. évi pestis alkalmával a kórházbeli borbély fizetése 8 frt és négy véka búza volt; a trágerok (vagy ahogy ottan nevezték: „temettető emberek“) mindegyike 26 r. forintot és 12 véka búzát kapott havonként, de a kinek halottja volt, az maga is fizetett nekik minden halott után egy frtot; a pestisfelügyelő (dr. Vizaknai György) fizetése 20 frt; végül minden városnegyedben 15 betegvizsgálót

is alkalmaztak, kik mindegyikének havi 2 frt járt.³ A város összes kiadása ezen pestis idején 3249 frtra rugott, s ez összeg megtérítését a járvány megszűnte után hiába sürgette a tanács a kir. kormányszéknél.

Általában igen gyakran olvassuk, hogy a pestilentiariusok nem kapták meg a fizetésüket, vagy csak hosszas szorgalmazás után. Egy Wieller Fülöp nevű sebésznek (1745) nyolcz vármegye maradt adósa a járvány után, úgy hogy végre is a helytartó-tanácsnak kellett figyelmeztetni a megyéket kötelezettségük kiegyenlítésére.⁴

Hogy mennyire méltányosság nélkül való volt ez a szükségesség éppen az orvosokkal szemben, nem szükséges külön hangsúlyoznom. Hiszen csak Pozsony városában (1712–13.) nyolcz hónap alatt hat sebész, két ápolónő, több pap esett a járvány áldozatául; Baján egy év alatt (1739) két orvos és négy sebész stb.

* * *

Hogy mik voltak a pestilentiarius feladatai, arra nézve sok irott emlék maradt a régiségben. Győr városában például, mikor az 1620. évi pestis közeledésének hírért vették, először is elrendelték, hogy a „szijártók, vargák, tímárok, szücsök, szappanfőzők, gyertyacsínálók és minden egyéb hasonló lugzó mesterek, kiknek nehéz, bűdös illatokkal az levegőig inkább megvesztegetődik“, az ő „lugossokat“ haladék nélkül vigyék ki a városból és ottan gyakorolják a mesterségüket. A barbélyok közül pedig egy mester választassék, „ki az választott német mesterrel együtt az betegeket látogassa és nézze, ha afféle dögleletes betegségben fekszik-e avagy nem? és ha mellyet affélét talál, azt mingyárt az várason kívül bizonyos helyre kivitessék, holott fekdjék és gyógyittassék, hogy egyebek tüle itt benn meg ne dögljenek (vagyis: fertőződjenek), az házat pedig mingyárt bepecsételjék“. Ha valahol megbetegszik valamelyik családbeli és a gazda eltitkolná, akkor a szomszédjai jelentsék meg az esetet; az ilyen gazdát, szintűgy azt is, ki a házra vetett pecsétet le merné szakasztani, szigorúan büntetik. Végül azt is meghagyják, hogy a nyári forróság idején minden ház előtt edényekben vizet tartsanak, hogy abban az esetben, ha „gyulladás esnék az várasban“, kéznél legyen a segítség.⁵

A pestises házakra tett jeleket természetesen szívesen eltüntette a lakosság. Ez történt többek közt Pozsonyban, hol fehér kereszttel jelölték a fertőzött lakásokat (1713); Debreczenben czédulákkal.

A pestisorvosok, hogy magukat a járvány roppant ragályossága ellen oltalmazzák, Olasz- és Franciaországban bőrből készült, jól tisztítható köpönyegbe bujtak, de azonkívül a fejükre hosszú csőrben végződő álarcot, szemük elé nagy pápaszemet tettek, kezükre keztyűt húztak, úgy hogy a nép már messziről észrevéhesse és kikerülhesse őket. Az álarc csőrszerű nyúlványában mindenféle illatos füvek voltak, hogy a pestisbetegek káros kigőzölgése és lélekzete (hitők szerint) meg ne ártsen nekik. A 16. századból maradtak is olyan ábrázolatok, melyek a pestilentiariust az ő furcsa egyenruhájában tüntetik fel. Nem csoda, hogy a nép mindenütt kifigurázta őket.

Minálunk, úgy látszik, nem volt szokásban ez a szertelen, bár alapjában véve észszerű ruházkodás. Legalább a 18. század közepe előttől nem ismerek olyan történelmi adatot, mely ennek bizonyosságul szolgálna. Csak az 1739. évi budai pestis idejéből maradt egy adat, mely szerint az ottani pestisbizottság elrendelte, hogy a járványorvosok, sebészek, a betegekkel foglalkozó papok és szolgák messziről felismerhető jeleket hordjanak a ruhájukon. A budavárosi tanács eleget is tett ennek a rendeletnek, a mennyiben meghagyta, hogy a betegekkel érintkező említett személyek a ruhájukon és pedig elől a mellkason, arasznyi széles és hosszú, vörös és kék posztóból való keresztet viseljenek; a vespillók (járványszolgák) azonkívül vastag fehér szövetből készült kabátot kaptak, még pedig olyat, a melyeknek nem volt zsebe, hogy a betegek lakásán zsebre ne vágassanak egyet-mást (*ne longiore*

¹ Vámosy, i. h. 182, 183.

² Lőcsevárosi levéltár, XX. 22/5.

³ Jakab Elek: Kolozsvár tört. III. 163.

⁴ Linzbauer: Codex, II. 219.

⁵ Szávay Gy.: Győr monográfiája, 184.

manu uti et furto sibi prospicere queant); azonkívül a jobb karukon S, a balon pedig K betű („Seuch-Knecht“) volt odavarrva, kék posztóval. Mindezen egyéneknek továbbá jó nagy botokat is kellett hordaniok, melyek felső végén kereszt volt. Nem szívesen vették ugyan, sőt mindannyian tiltakoztak is ellene; az orvosok azt mondták, hogy a nép kineveti őket, szintűgy a sebészek és a papok is: a vespillók meg arra hivatkoztak, hogy a pálczát nem tarthatják a kezükben, mert sokszor van szükségük mind a két kezükre, mikor vizet, butorokat stb. hordoznak. Végre mégis csak rákényszerítették őket az előírt „signum“-ok viselésére, mert augusztus 27.-éről az áll a budai pestis jegyzőkönyvében, hogy Hoffmann vizitátor jelentése szerint most már se a papok, se az orvosok nem húzódoznak a pálcza hordásától.

A közönség különben az előírt signumok nélkül is jól ismerte a pestilentiariust, és óvakodott attól, hogy vele érintkezzék. Az 1679. évi pestis alkalmával Andrassy Miklós, gömörmege főispánja, gyalog akar szállíttatni Lőcse városába s megkérte az ottani orvost, Spilenberger Dávidot, hogy eszközölje ki az erre való engedelmet a lőcsei kommandánsnál, Tily nevezetűnél. Ez azonban nemcsak hogy a maga közelébe nem engedte a doktort, hanem még azt is megtiltotta, hogy a szolgálival beszéljen. „Pedig, írja Spilenberger, én mindig csak messziről beszélek a betegekkel és úgy adom nekik a tanácsaimat is.“¹ Az akkori felfogás szerint főleg a betegek lehelete és kigőzölgése terjeszti a pestist, s ezért a Kollonics-féle „Ordo pestis“ 1692-ből,² mely a pestilentiarius teendőit részletesen meghatározza, lelkére köti az orvosnak, hogy a betegek lélekzetét ne szívja be és csak a nyitott ajtón át szólítsa meg a kórházban fekvő betegeket. A lazaretumnak minden ablaka alatt egy csegetyű lógott, s a beteg azt húzta meg, mikor valamire szüksége volt. A betegek eleségét se vitték be a szobákba, hanem a kórház udvarán helyezték el s innen vitte be az ápoló a betegszobába. A pestisre gyanús egyéneket is csak „tisztas távolból“ nézte a pestis-bizottság, mialatt az expositus borbély sorra vizsgálta őket, mint ez Nagy István törökszentmiklósi sanitatis commissarius jelentéséből (1743 május 11.; Orsz. Levéltár) kiderül. E helyen „a víz közzé“ (valószínűleg valami tiszai szigetkére) szállították a pestisre gyanús embereket s mikor híre származott, hogy egyikük megbetegedett, „ennek megtekintésére magam is a vizen átgázoltam“, írja a komissarius, „és azon beteget kihívtam; ki is maga lábán a szél ellenében circa ad passus 300 előmben jüvén, az borbélyal visitáltattam, aki a legkissebb támadást sem vehette észre rajta; melyből a borbély lelke szerint nem ítélt semmi infectiót“.

Az említett Kollonics-féle rendelet különben nemcsak az orvosoknak, hanem a lazaretumban alkalmazott lelképásztoroknak is ad jó tanácsokat a pestistől való maga-megóvás dolgában; azt ajánlja nekik, hogy reggelire foghagymalevest egyenek, dohányozzanak vagy bagózzanak, napközben foghagymát rágnak; friss vajjal, rutával és eczettel kenjék be a szájukat, orrukat, füleiket (mert ennek a nyílásán is bemehet a ragály mérge!), narancsot, ángyélitát rágnak s a híres *Diascordium Fracastorii*-val éljenek. A szegény „pater expositus“-nak valóban szüksége volt az orvosi jótanácsra, mert őt fenyegette legközelebből az életveszély; hiszen tudjuk, hogy a 14. századbeli járványok idején csak magában Németországban s csak a francziskánusok közül több mint száz-ezeren estek a pestis áldozatául!³

Bár részletesebb adataink nincsenek, mégis kétségtelen, hogy a magyar papok, sebészek és orvosok közül is bőséggel szedte áldozatait a veszedelmes járvány, annál inkább, mert az utóbbiak egynémelyikéről írott emléke is fennmaradt annak, hogy valóságos halálmegvetéssel forgott betegei között. Csak a már említett debreczeni orvost, Bentzigit, hozom fel, kiről azt mondja Wessprémy, hogy „inter mille mortes pharmaca distribuendo versabatur intrepidus“.

Ezek voltak a magyar orvostörténet „névtelen hősei“, kik méltán megérdemlik, hogy emléküik örökké éljen az utódok kegyeletében.

Magyary-Kossa Gyula dr.

¹ Történ. Tár., 1885. 376. l.

² Lásd Linzbauer, i. h., I. 342. l.

³ Haeser, III. 145. l.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A sebészet tankönyve. Szerkesztették Wilms és Wullstein egyetemi tanárok; fordította Lobmayer Géza dr. műtőorvos. I. kötet. Budapest, Franklin-társulat kiadása, 1911.

Kétségtelenül jó szolgálatot tett úgy a magyar orvosi irodalomnak, mint a sebészeti szakoktatásnak Lobmayer dr. és kiadója, a Franklin-társulat, midőn ezen kiváló és a német birodalom határain túl is méltó népszerűségnek örvendő tankönyvnek magyar fordítását közrebocsátotta. A fiatalabb német sebészstanárok legjelesebbjei egyesültek e mű megírására, csupa oly férfiú, kitől elismert tudományos prestige-e, nagy személyes tapasztalata úgy a sebészeti gyakorlat, mint a sebészeti tanítás terén a legjobb munkát engedte reményleni. És ez a remény teljes mértékben valóra vált, egy minden tekintetben kitűnő, modern, megbízható és a mellett elsőrangúan gyakorlati irányú könyvet produkáltak.

Ez a gyakorlati irány már a könyv beosztásában is megnyilvánul. Az általános részbe, mely legnagyobb részében tulajdonképpen nem egyéb, mint kórbonczolástani tényeknek és a részletes sebészeten úgyis bővebben és újra tárgyalandó tünetesoportoknak és gyógyeljárásoknak compilációja, és ily módon felesleges teher a tanulni valóval úgy is túltömött medikus elméje számára, csak egynehány fejezetet adnak, melyekben a helybeli és általános érzéstenítésről, a sebgyógyulásról, a gyulladásról, a sebegyesítésről, a vérzés-csillapításról és a sebkezelésről van szó, csupa olyan sebészi alapgaglomról, melyeket a részletes sebészet egy fejezetébe sem lehet beleilleszteni, mert hisz mindegyikbe beletartozik, és a melyekről való meg nem emlékezés mégis tökéletlenné tenné a munkát, melyet első sorban orvostanhallgatóknak és kezdő orvosoknak szántak. A részletes részben is lehető kevés a theoria és sok a gyakorlatilag fontos adat a különböző sebészi bajok keletkezéséről, lefolyásáról és gyógyításáról; nem sok a technikai részlet, melynek pontos leírása a medikus és gyakorló orvos számára úgy is felesleges és érdektelen, mindazonáltal kellő képet nyújt a sebészeti technika jelen állásáról. Ha van valami, ami kifogásolni lehetne, az az egyes fejezeteknek kidolgozásában mutatkozó aránytalanság, a mi azonban ilyen sok kézből való munkában nem lephet meg.

A most megjelent első kötet az előbb említett általános fejezeteken kívül a fej, nyak, mellkas és gerincoszlop betegségeit tárgyalja Küttner, Perthes, Preysing, de Quervain, Riedinger, Sauerbruch, Schlosser, Tillmann és Wilms tanárok tollából. A művet 326 tül-nyomólag igen szép és instructív ábra díszíti, csak kár, hogy az ábrák számozása nem folytonos, hanem minden fejezetben újra kezdődik, ez az áttekinthetőséget némileg zavarja.

A fordítás sok helyütt simább, gördülékenyebb és magyarosabb is lehetne, általában véve azonban jó, világos és igen lelkiismeretes; egyes megjegyzésekben a szerző saját véleményét és a magyar sebészeti irodalom egynémely adatát is megismerteti. A kiadó czéget a szép kiállításért és a könyv árának méltányos megállapításáért (a három kötet ára együtt 48 korona lesz) feltétlen dicséret illeti.

Pólya.

Lapszemle.

Belorvostan.

A malaria gyógyításáról arsennel ír Fleckseder, a bécsi II. belklinika (Neusser tanár) segédje. Végső következtetése ez: Malaria eseteiben az arsen nem csupán roborans és vér-regenerator, hanem specifikus plasmodium-méreg is. Enesol (arsenessavas kén-eső) protrahált használatára (a Clin-féle készítményből 2 naponként 2 cm³ a glutensokba) a tropusi malaria is — a mely ellenében a chinin oly sokszor hatástalan — meggyógyul. Érdekes a szerzőnek az a tapasztalata, a melyet jótermészetű malaria tertiana egy esetében tett az Ehrlich-féle 606-os készítménnyel. 0-3 gramm befecskendezésére a rohamok megszűntek ugyan és a plasmodiumok nagymérvű elroncsolása volt kimutatható, teljes gyógyulás azonban nem állott be, a mennyiben körülbelül 6 héttel később újra beköszöntöttek a tertiana-rohamok. Kiemelendő még a szerzőnek az

a tapasztalata, hogy úgy tropusi, mint tertiana-malaria eseteiben a Wassermann-reactio egészen positiv lehet, erőssége a plasmodiumok számával arányban áll; a reactio megszűnése a malaria gyógyulásának indicatoraként használható. A vér eosinophiliája és mononucleosisa jó jele a latens malaria-fertőzésnek; az eosinophil sejtek száma a malaria súlyosságával arányos. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 36. szám.)

Idegkórtan.

Kísérleti poliomyelitis czímen jelent meg *Levaditi* munkája az Institut Pasteur műhelyéből. *Landsteiner* és *Popper* volt az első, a ki ezt a bajt a múlt évben majomra átvitt olyan módon, hogy poliomyelitisben (Heine-Medin betegség) meghalt gyermek gerincvelőjéből a majom hasüregébe vitt át darabokat. Mind a két kísérleti majom megbénult, az egyik 6, a másik 12 nap múltán. A majmok boncolásakor tipusos poliomyelitis volt rajtuk megállapítható. De a szerzők e majmokról más majmokra nem tudták tovább oltani a bajt és így fennállott az a lehetőség, hogy nem a poliomyelitis vírusa, hanem annak a gerincvelőben termelt toxinja okozta a bénulást. Ez utóbbi felvétel ellen szólott azonban, hogy a kórboncolástani kép gyuladásságnak látszott. Majmokon series-oltásokat sikerrel végzett aztán egyidejűleg *Flexner* New-Yorkban, *Leiner* és *Wiesner* Bécsben és *Landsteiner* és *Levaditi* Párisban. Ezzel bebizonyult, hogy az állat nem csak fertőzhető, hanem az is, hogy idegrendszerében újból termelődik a továbboltásra alkalmas vírus. A legtöbb kísérletező eddig azon a nézetben volt, hogy a házinyúl, tengerimalac, egér, patkány, kutya, galamb, csirke, ló nem fogékony a vírussal szemben. Ezzel szemben *Krause* és *Meincke*, *Dahm* sikerrel oltott házinyúlba is.

A kísérleti poliomyelitis 5—15 napi incubatio után jelentkezik. Ez idő hossza a beoltott anyag mennyiségétől látszik függeni. Egy kísérletben az átoltás 7 nap múlva támadó bajt okozott, míg ugyanazzal a vírussal szűrés után csak 27 nap múlva fogamzott meg a baj. Az incubatio időszak alatt a vírus az idegrendszerben szaporodik, mielőtt még a bénulás beáll. Ezt bizonyítja az a körülmény, hogy a beoltott állat gerincvelője fertőző volt, mielőtt rajta a baj kitört. A szövettani vizsgálat azonban ebben a már fertőző, de szemmel láthatólag még meg nem betegedett állat gerincvelőjében nem derített ki még kimutatható poliomyelitist, legfeljebb kis vérzéseket vérmességgel. Akárhová is fecskendezték be a vírust: a bőrbe, a peritoneumba vagy az agyvelőbe, a bénulás többnyire az alsó végtagokon kezdődött. A különféle majomfajokon különféle gyorsan terjedt át a bénulás a felső végtagokra. Később lélekzés- és szívbénulás támadt; a halál 1—3 nap múlva szokott beállani. Kivételesen megesik, hogy a nyak izmai bénulnak meg legelőbb, egy esetben arcidegbénulás volt az első tünet. Ez utóbbi esetben a boncolás kiderítette, hogy az arcideg magvai betegedtek meg.

A bénuláson kívül sokszor a reszketés az első tünet, a mely az egész testre kiterjed és meg is előzheti a bénulást. Láz sokszor van, de nem mindig. Némelyik állatfaj a baj hevenyész szakából meggyógyul és izomsorvadásba esik. Néha trophiás zavar támad. A bénulás olykor meg is szűnik.

A szöveti vizsgálat az első szakban azon erek gyuladását mutatja, a melyek a septumok mellett haladnak és azokat, a melyek a szürke állományban vannak elhelyezve. Egymagvú sejtek halmozódnak össze az érfal mellett. Az elülső szarvakban sok szabálytalanul elszórt sokmagvú sejt található. Az idegsejtekben a Nissl-szemcsék feloldódnak. Az idegsejtek körül leukocyták telepsznek meg, mialatt a sejtek roncsai eltűnnek. Ez elváltozások úgy a gerincvelőben, mint a nyúltvelőben és hidban, kisebb fokban az agyvelőkéregben is megtalálhatók.

Noha sokat vizsgálták e szempontból úgy a majom, mint az ember poliomyelitisét, eddig nem sikerült a baj mikroorganizmusát megtalálni. Némi reménnyel kecsegtet *Flexner* és *Lewis*, *Levaditi* eljárása, a kiknek sikerült az activ vírust tartalmazó anyagnak serummal vagy ascites-folyadékkal kevert talajra való ültetésével a tenyésztőtálaj zavarodását előidézni. E zavaros tenyésztőtálajban igen kis kerek vagy tojásalakú testek fejlődnek ki. A vizsgálat még nem elég előrehaladt ahhoz, hogy ezek a testek mint a poliomyelitis okai volnának tekinthetők. Valószínű azonban, hogy

a kórokozó mikroba igen kicsiny, mert ha a virulens gerincvelőből készült emulsiót kis nyomással átszűrjük, nem veszti el hatásos voltát. Csak a Reichel-szűrő tartja vissza a vírust. A többi fajta szűrővel szűrt vírussal az incubatio szaka hosszabbodik. A vírus a szervezetten kívül 15 napig is megél sós glicerín-oldatban, a —2—8° hideget eltűri, a meleget kevésbé, mert 15—20 perczig 60°, 1 óráig 50°-ra hevítve elpusztul. A vírus behatolásának helyét nem lehet jól megállapítani. Beoltani mindenhol lehet a bőr alá, mirigybe stb., de ép bőrbe vagy nyálkahártyába még bedörzsöléssel sem. Talán a gyuladt vagy sérült nyálkahártya felveszi a vírust. Etetéssel néha sikerült az átvitel. Ha a vírus már bejutott a testbe, a vér és nyirok magával hurezolhatja. Ha idegbe oltjuk, az ideg mentén terjed úgy, hogy előbb a megfelelő végtag bénul meg. A vírus kiválasztása a nyál- és orrváladék útján történik. A bélsárban eddig nem sikerült vírust találni. A baj átszenvedése majmoknak mentességet ad. Az ily állat savója más állatot nem mentesít, bár a kémlecsőben tönkreteszi a vírust.

E szerint a *Heine-Medin*-betegség leginkább a nyál- és orrváladék révén fertőz. Minthogy a kiszáritás nem veszi el erejét, e váladékok kiszáradva is fertőznek, esetleg közbenső személyek útján is. A prophylaxisnak tehát ezen anyagok fertőtlenítésére kell törekednie. A vírus filtrálhatósága, az idegek mentén való terjedése, a nyállal való kiválasztása olyan tulajdonságok, a melyek a veszettségben is megvannak. (La presse méd. 1910. 33. és 41. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A hereditaer haemophilia serumkezeléséről ír *Tremben* 2 esete kapcsán. Idegen serum bőr alá fecskendezése profus vérzéseket is tud csillapítani; kellemetlen mellékhatás nem mutatkozik, ha az allergia első tüneteinek jelentkezésekor a serum fajtát megváltoztatjuk. A serum kedvező hatását a vele kapcsolatos leukocytosishoz tulajdonítja. Haemophiliásokon a vérzést megelőzőleg s a vérzés alatt erős foetor ex ore szokott jelentkezni. (Mitth. a. d. Grenzgeb., XXII.)

Pólya.

A latens pylorus-stenosisról ír *Dahl*. 4 esetet közöl, a hol előzetes ulcer- és hyperaciditások panaszok után időközönként heves görcsös gyomorfájdalmak jelentkeztek, melyek éhezésre vagy gyomorkiürítésre megszűntek, hogy hosszabb-rövidebb idő múlva ismétlődjenek; a fájdalommentes periodusok a betegség előrehaladtával mind rövidebbek lettek. A pylorus-stenosis tipusos tünetei, hányás, retentio hiányoztak, mégis az operatio alkalomával kifejezett pylorusszűkületet találtak s a műtét a nehézségeket egy csapásra megszüntette. *Dahl* a jelzett állapotot átmenetinek tartja, a még nem stenotizáló ulcer és a teljesen kifejlődött stenosis között. A pylorus anatómiai szűkülete elég nagyfokú lehet, noha a gyomor még teljesen át tudja hajtani a táplálékot; retentio és állandó hányás csak akkor áll be, a mikor az izomzat a stenosishoz képest insufficienssé válik. A leirt görcsös állapotokat egy ilyen acut insufficiencia okozza. (Mitth. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., XXI. 1910.)

Pólya.

Az egyoldali haematogen vesegyenedésről ír *Baum* 3 esete kapcsán, melyek közül egyben nephrektomia, a másik kettőben nephrotomia történt; mindhárom gyógyult, bár súlyos sepsises állapotban került műtetre. Kórokozó egyszer a staphylococcus, kétszer a coli volt. A felmetezett vese mindhárom esetben számos apró abscessust mutatott. A bántalom acut jelentkezése és bevezető tünete (magas, 39—40° láz, hányás, hasfájdalmak) acut cholecystitisre és perityphilitisre keltenek gyanút; a differentialdiagnosist a fájdalmas vesetumor és genyes vizelet kimutatása adja meg; paranephritisben és solitaer vesetályogban a vizelet nem genyes; hátramaraadna az ascendáló pyelonephritis, ettől a hólyag intact volna, mely cystoskopos vizsgálattal állapítható meg, különbözteti meg, bár *Lenhartz* szerint e jel nem feltétlen bizonyíték az ascendáló infectio ellen, míg *Albarran*, *Lennander*, *Rovsing* arra utalt, hogy cystitisben embolia útján is keletkezhetik vesemegbetegedés. (Mitth. a. d. Grenzgeb., XXI. 5. füz.)

Pólya.

A vérnyomás viselkedését az aether- és chloroform-narcosis alatt beható hőingerekkel szemben vizsgálta *Sturs-*

berg kutyákon. Aether-narcosisban hideg behatására a vérnyomás 8 eset közül 7-ben kifejezetten nőtt, hideg fürdőben 4.5—10 mm. kénésnyomás, hideg leöntések után átlag 2.7 mm. kénésnyomásnak erejéig. A hideg behatásának megszüntével a vérnyomás a kiindulási pontig csökkent, meleg fürdőkre 3 eset közül kétfőben 2 mm. kénésnövekedés mutatkozott. Chloroform-narcosis alatt ezen vérnyomáscsökkenések hideg és meleg behatására legalább kifejezetten nem mutatkoztak, a mit a szerző abból magyaráz, hogy míg az aether a narcosishoz szükséges mennyiségben nem befolyásolja a vasomotor-reflexeket, a chloroform ezeket megszünteti. Ezen kísérletek praktikus jelentőségét *Stursberg* abban látja, hogy míg a külső lehűlés az aether-narcosis alatt a bőrerek összehúzódását s a belső szervek vérbőségét tudja előidézni, addig ez a chloroform-narcosis alatt nem történik meg, s így az aether-narcosis már ez oknál fogva is jobban praedisponál tüdőcomplicatiókra a lehűlés folytán. (Mitth. a. d. Grenzgeb., XXII.) *Pólya.*

Húgyszervi betegségek.

A **circuláris elektrolysis újabb módszereit** a következőkben ismerteti *Li Virghi Girolamo*. A circuláris elektrolysis a szerző véleménye szerint az által hat a kórosan megváltozott húgycsőnyálkahártyára, hogy a húgycsőben levő negatív elektrod eleinte érösszehúzódást, később értágulást és az ugyanakkor képződő maró alkali következtében egyúttal puha vart idéz elő. A húgycsőnyálkahártya kóros szövetei elpusztulnak, a puha var idővel felszívódik.

A húgycsőszűkület elektrolysises kitágítását a szerző olivalakú fémelektroddal végzi (dilatation electrolytique olivaire). Minden ülésben 3 egymás után következő számú (illetőleg átmérőjű) olívát vezet a húgycsőbe, sőt a mikor puha szűkülettel van dolga, egy ülésben 5—7 számmal is halad felfelé. 5—6 milliamperénél erősebb áramot sohasem használ, minden ülés 5 percig tart. A tágitást mindenkor az *elektrolysis massage*-zal fejezi be; ez abból áll, hogy az utoljára használt, tehát a legvastagabb olívát a szűkületben ide-oda mozgatja. Az elektrolysises massage után, mely a hegyszövet felszívódásának fokozását célozza, a szerző a húgycsővet alaposan kiöblíti, vagy ha vérzés következett be, 1%-os protargoldoldatot fecskendez az urethrába. A mikor csavarmentes, avagy igen kemény és nagyon szűk stricturával van dolgunk, vagy pedig, ha a húgycső egyszerre több helyen szűkült, főképpen pedig, ha a szűkület a hátulsó húgycsőrészetben van, ez esetekben a szerző az elektrolysises tágitás czéljára a vezető bougieval felszerelt olívákat ajánlja (elektrodilatation olivaire conduite); az eljárás itt is ugyanaz, mint a hogy fennebb leírtuk. Minden ülés előtt a húgycsővet érzésteleníteni és az egyes ülések közötti napokon a húgycsővet feltétlenül szondázni kell; kánkós húgycső-folyás esetében pedig naponta öblítések végzendők.

Az olyan beteg, a kin a szűkület — egyébként elég tág urethra mellett — idült húgycsőhuruttal kombinálódott, a szerző az elektrolysis az endoskopiával köti össze; ily módon egyes indurált, infiltrált, fibrosus helyeket, mirigyeket stb. izoláltan lehet elektrolysises kezelésnek alávetni, ilyenkor igen hegyes s nagyon finom platin-pengék szerepelnek mint negatív elektrodok.

Ionizáló elektrolysises massage-nek nevezi a szerző azt a műveletet, a mikor 1—4%-os lapis- avagy protargoldoldattal megtöltött húgycsőben mozgatjuk ide-oda az olívás elektrodokat; ezen műveletnek eleinte rendszeren az a következménye, hogy a kifolyás erősödik, sőt ki is újulhat; ezen reactio azonban ülésről ülésre mindinkább gyengül. Ezen eljárást a szerző három naponként ismétli és a közbeeső napokon a húgycsővet alaposan kiöblíti. Acut kánkó esetében — a mennyiben ez 2 napnál még nem öregebb — az ionizáló elektrolysises massage-zsal, igaz, hogy nagy fájdalom kíséretében, abortív hatás is érhető el; egyébként azonban a szerző is elismeri, hogy ez az eljárás csak subacut és chronikus urethritis, illetőleg ezzel komplikált strictura eseteiben javallt. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1910. 3. füzet.) *Drucker Viktor dr.*

Venereás betegségek.

Recens luesben szenvedő egyének vérének vizsgálta kémiai úton *R. Winternitz* (Prága). A vérnek (serum és plasma) fehérje-

tartalma némileg már az úgynevezett második incubatiós szakban fokozódik. Sokkal kifejezettebb a vér fehérjetartalmának ez az emelkedése, ha az eddig kezelés nélkül maradt eseteket a friss exanthema szakában vizsgáljuk. Különösen áll ez akkor, ha az exanthema jól kifejlett papulákból áll. Hasonló módon megszaporodik ilyenkor a fibrinogen is. A gummás szakban nem lehet ezeket a viszonyokat állandóan megfigyelni, de valószínű, hogy a fehérjemennyiség megszaporodása főleg azokban az esetekben észlelhető, a melyekben a gummás folyamat korán köszöntött be és kezelés odáig még nem történt. Ugyanez a viszony tapasztalható a latens időszakban is. Oly esetekben, a melyekben az infectio ideje messzire visszanyúlik, a fehérjemennyiség normálisnak mutatkozik. A szerző továbbá azon tapasztalását is ismerteti, hogy a vér fehérjetartalma és a serumreactiók között bizonyos fokig congruentia áll fenn. Rendszeren úgy találta ugyanis, hogy oly esetekben, a melyekben a fehérjemennyiség jelentékenyen megszaporodott, a *Wassermann*- és a *Klausner*-féle reactio is erős pozitív eredményt adott. De hogy ez a congruentia nem absolut, azt azok az esetek bizonyítják, a melyekben a kémiai vizsgálat alacsony fehérjeértékeket derített ki, a *Wassermann*-féle reactio pedig mégis erősen pozitív volt. *Winternitz* ezt az eltérést úgy magyarázza, hogy a seroreactionnak a specifikitása nagyobb, mint a fehérjemennyiség változásáé. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 101. kötet, 2. és 3. füzet.) *Guszmán.*

Fizikai és diätetikai gyógyításmódok.

A **viszkető bőrbajokat** *Dreuw* (Berlin) meleg levegővel kezeli; 10—15 perczig olyan meleg levegőt fújtat a viszkető bőrrészre, a melyet az illető még jól eltűr. A viszketést ezen módon néhány alkalmazással még azon esetekben is sikerült megszüntetni, a melyekben ez minden kenőcs-, fény- és Röntgen-kezeléssel daczolt. Különösen kraurosis vulvae, eczema pruriginosum scroti et ani eseteiben ért el kiváló eredményeket. De a meleg levegő fújtatása jót tett hevenyészű nedvedző eczemák, ulcus cruris, ulcus molle és durum esetén is. A fekélyek kiszáritása a behöröztetést gyorsította. Általános prurigo eseteiben az egész testet 4 fuvóval egyszerre fuvatta és meglepő eredményt ért el. Nemesak azt érte el, hogy a viszketés megszűnt, hanem azt is, hogy a bőr megpuhult és újra rugalmassá vált. Prurigo scroti et ani eseteiben a meleg levegőn kívül még 2%-os ungu. diachyli Hebrae carbolisatumot és esetleg zinkpasztát is alkalmazott. A meleg levegő fújtatása legezélszerűbben az ezen célra szerkesztett s már néhány éve forgalomban levő elektromos léghanyozóval végezhető, de a meleg levegő egyszerűbb módon alkalmazva is hatásos, például oly módon, hogy a beteget alkalmas helyzetben tüzes kályha közelébe ültetjük és a meleg levegőt legyezővel hajtjuk a beteg testrészeire. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 43. szám.) *Lenkei V. D. dr.*

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Méhvérzés eseteiben *Wildmann* szerint a belsőleg használatos vérzéscsillapítószernek közül legmegbízhatóbb és legkevesebb kellemetlen mellékhatást okozó szer a styptol (phtalsavas cotarnin), a mely 5 centigrammos tabletták alakjában kapható. Minthogy sedatív hatása is van, főleg fájdalmakkal járó vérzések ellen ajánlható. A terhesség idején is veszély nélkül adható. (Internat. Journ. of surgery, 1910. 9. szám.)

A **bromural** használhatóságáról a gyermekgyakorlatban ír *Kraus*. Jó eredménnyel használta e szert fogzás okozta éjjeli nyugtalanság ellen, továbbá gyermekkori neurasthenia, főleg pedig pavor nocturnus eseteiben. Csecsemőknek 10 centigramm, vagyis egy tablettát harmadrésze adható vízben oldva, nagyobb gyermekeknek 1/2 tablettát adunk. A szer teljesen ártalmatlan. (Allgem. Wiener Med.-Zeitung, 1910. 42. szám.)

Terhességi hányás ellen *Sidney H. Hall* jó eredménnyel használja a validolt, a melyből — jól hígítva — óránként ad 3 cseppet, vagy pedig 1/2 órával az étkezések előtt vétet be 10 cseppet. (Gener. practitioner, 1910 május.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 47. szám. *Spatz Elek*: Az Ehrlich-Hata készítmény oldási viszonyai, technikája, tünetei és hatásai. *Preis Károly*: A syphilis gyógyítása az újabb tudományos vívmányok alapján.

Orvosok lapja, 1910. 47. szám. *Manninger Vilmos* és *Verebely Tibor*: Az asepsis.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 47. szám. *Dózsa Lajos*: Arsenobenzollal kezeltéken szerzett tapasztalatok. „Szemészeti lapok” melléklet, 3. szám. *Sziklóssy Gyula*: A glaukoma gyógyítása.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Gallia Rezső* dr. teplitzi fürdőorvosnak a közegészségügy és közjótékonyág terén szerzett érdemei elismerésül a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Weinberger Adolf* dr. lévai gyakorló orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Gergely Dávid* dr. t. a nagyvárad Sztaroveszky-gyermekkorházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Kovács József* dr.-t a nagykarolyi 1. egészségi körorvosává, *Klein Ödön* dr.-t körmöczbányai körorvossá, *Rösler Ármán* dr.-t. Levél közseg orvosává választották.

Meghalt. *Tugendhaft Gyula* dr. székesfővárosi gyakorló orvos 67 éves korában Budapesten. — *Walovics Ignác* dr., Nagyszombat városi tiszt főorvosa, 70 éves korában november 17.-én. — *Angelo Mosso* tanár, a nagyvárú olasz fiziológus, az élettan tanára a turini egyetemen, november 24.-én 64 éves korában. Az elhunytak elévülhetetlen érdemei vannak az élettan, s különösen az ember-élettan terén. Tökéletesítette a vérkeringésre vonatkozó vizsgálati eljárásokat; plathysmographja, hydrosphygmographja, ergographja, a mely utóbbival a felső végtag izomerejét s rajta a fáradás tünetényeit lehet mérni, általánosan ismeretesek, nemkülönben az agyvelő vérkeringéséről és hőfokáról, az elfáradásról, az alvásról stb. végzett nagyfontosságú vizsgálatai. Az utóbbi években leginkább a magas fekvésű helyek befolyásával foglalkozott az emberi és állati szervezetre s e tárgyról nagyszabású művet is írt; az ezirányú vizsgálatok előmozdítására a Monte-Rosa tetején több ország akadémiáinak anyagi hozzájárulásával Capanna Margherita néven biológiai megfigyelő állomást alapított.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum októberben 101 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 68 volt.

A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete a 2400 koronás Kovács Sebestyén Endre-féle utazási ösztöndíjat *Tóthfalussy Imre* dr.-nak, a 600 koronás Röck Szilárd-féle ösztöndíjat *Orphanides Etelkának* ítélte oda.

Kisebb hírek külföldről. *A. J. Danilevsky* tanár, a szt.-pétervári katonatorvosi akadémia elnöke állásáról lemondott. — *G. Jawein* tanárt Szt.-Pétervárott a Helena-Paulowna-intézet belorvostani osztályának igazgató-tanárává nevezték ki.

Nemzetközi közegészségügyi kiállítás lesz Rómában 1911-ben, Baccelli tanár elnöklésével.

Congressus. A VII. nemzetközi bőr- és bűjakórtani congressus 1911. szeptember 25—29.-éig lesz Rómában. Referaturnak és megvitatásra a következő kérdések vannak kitűzve: 1. Az újabb aetiológiai, diagnostikai és kísérleti vizsgálatok befolyása a syphilis gyógyítására; a syphilis-immunisatio, a radikális és abortív kezelés kérdése. 2. A bőrbetegségek physio-therapiájának eredményei. 3. A blastomycosis és sporotrichosis és analog megbetegedések.

Az alpesi balesetek száma. Október 31.-éig az idén a svájci és olaszországi alpesekben 90 turista vesztette el az életét és 80 sebesült meg súlyosan alpesi baleset folytán. Nemzetiség szerint az áldozatok következően csoportosulnak, csökkenő sorrendben: svájciak, németek, angolok, osztrákok, olaszok. A baleset oka legtöbbször az, hogy a turista vezető nélkül indul útjára.

A magasból való lezuhanásról. A mostanában csaknem napirandén levő aviatikai balesetek aktuálisá teszik a magasból való lezuhanás theoriáját, melyről a *Lancet* október 15-iki számában érdekes cikket olvasunk. Ebből merítjük a következő adatokat: Az irodalomban egy pár esodálatos eset van feljegyezve, a melyekben rendkívül magasról zuhantak le egyesek, a nélkül, hogy bajuk lett volna. Így 1841-ben Manzini leírása szerint, mikor I. Napoleont temették Párisban, egy kárpitos, a ki a Hôtel des Invalides kupolájának a díszítésén dolgozott, 82 láb magasról esett le. Szerencsére előbb egy másik kupolára s innen egy sekrestyének a tetejére esett, ezen áttört s ezzel esésének az ereje annyira csökkent, hogy kisebbfokú agyrázkódáson kívül, melyből Pasquier kezelése alatt egy hónap múlva felépült, más baja nem lett. — Kilenc év előtt Heim tanár, a geologia tanára Zürichben, írta le a saját érzését, mikor az Alpesekben rendkívül magasból zuhant le. Bár az esés csak néhány pillanatig tarthatott, agyveleje oly gyorsan működött, hogy esés közben nemcsak átgondolhatta az egész helyzetet és annak következményeit, hanem a multjából egyes jelenetek elevenedtek meg előtte.

A talajra érve, eszméletét minden fájdalom nélkül vesztette el. 1800-ban Angliában egy ember a Bolt-en-le-Moors-i St. George-templom 120 láb magas tornyáról esett le, egyenesen a kövezetre; pár nap múlva megint munkába állhatott. A *Lancet* végül feleleveníti azt a régi adomát, hogy egy cserepező, egy négyemeletes ház tetejéről leesve, a második emelet magasságában esés közben beszól a nyitott ablakon át a szobába: „Ça va bien jusqu'à présent, pourvu que cela dure!”

Lapunk mai számához a „Sanatorium Gorbio Menton felett, Riviera” prospectusa van mellékelve, melyre olvasóink figyelmét ezenel felhívjuk.

A világ minden táján az elismerés legnagyobb hangján emlékeznek meg azokról a rendkívüli eredményekről, a melyeket a Phosphatine Falières-rel mint gyermektápszerrel érnek el. Adagolása ne kezdődjék korábban, mint az elválasztás időszakában.

Hydropyrim vízben oldható acetylsalicyls 96 1/4% acetylsalicylsav tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrázatokban és vizes oldatokban adható. Porokban és tablettákban kerül forgalomba.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physiotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttöresek és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczgyömbületek.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymodok.

Elektromágneses intézet

Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javalkatok: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: REH BÉLA dr.

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharaszttiban (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbaosok, húgyszervi megbetegedésekben szenvedőknek. Főorvos: Stossmann Rudolf dr., sebész urológus.

Orvosi laboratorium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

:: San-Remo ::

téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvő esarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt Czirfusz Dezső dr. kir. tanácsos.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. Widder Bertalan operateur testgyenesítő (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgömbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vagy, górcsa, bakteriológiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

Dr. Szili Sándor

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXI. rendes tudományos ülés 1910 november 5.-én és XXII. rendes tudományos ülés 1910 november 12.-én.) 867. l. — Közkórházi Orvostársulat. (IX. bemutató szakülés 1910 október 5.-én.) 869. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. rendes tudományos ülés 1910 november 5.-én.)

Elnök: Schaffer Károly.

Jegyző: Entz Béla.

(Vége.)

Az Ehrlich-Hata-készítménnyel végzett gyógykísérletek és azok eredményei.

Spatz Elek: Midőn ezelőtt 3 esztendővel állatanyagcsere-vizsgálatok alapján osztályomon az intravenosus nagydosisú sublimat-injectiókkal gyógyító kísérleteket tettem és 20 mgm.-ot pro dosi injiciáltam, már akkor föltűnt, hogy az állat faja és súlya s a sublimat iránti tolerancia között bizonyos harmoniás törvény, illetve reciprocitás áll fenn. Ezen kísérletek körül szerzett tapasztalatok alapján állítottam föl a „606“-tal végzett gyógy-eljárás ama rendszerét, melyet hallgatagon bár, de a többi kísérletező is elfogadott.

Tudtam, hogy ezen injectiók — az első oldási viszonyokat értem — nagy mennyiségűknél fogva is heves lokális reakciókat fognak kiváltani, ismertem az organikus arsenpraeparatmok — atoxyl, arsacetin, arsenophenolglycin — azon tulajdonságát, hogy parasitotrop hatásuk mellett még — s ez különösen a szem-idegre vonatkozik — organotrop hatnak, s el voltam készülve ezen nagy mennyiségű organikus arsen bekebelezésekor általános reakciókra is; és éppen ezért minden injectio előtt ezek javallatait fölállítandó: szív-, idegrendszer- s szemfenék-vizsgálatot végeztem, mértem az egyén testsúlyát, közvetlen az injectio előtti hőmérsékét, végeztem vizeletvizsgálatot, fölállítottam a Wassermann-próbát, s friss esetekben a Burri-féle eljárással spirochaeta-vizsgálatot is végeztem.

Első kilencz esetemben az injectiók utáni 2. és 6. napon a 24 órán át fölfogott vizelet qualitativ arsen tartalmát vizsgálva, azt találtam, hogy a 6. napon az arsen csupán nyomokban volt a vizeletben kimutatható.

Eseteim száma 103, ezekből 58 esetben az általam követett oldási eljárás lön alkalmazva. Ezen oldási eljárás abból állott, hogy normal natriumhydroxyd helyett 20%-os oldatot használtam, s acidum aceticum helyett acidum hydrochloricum dilutumot. Ezen eljárás eredménye a könnyebb oldódás és alkalizálás, az anyag legfinomabb eldörzsölhetősége, továbbá hogy a közömbösítés után nem fölös natriumacetat, hanem fölös chlornatrium képződött, a mi által a physiologiai konyhasó-oldathoz hasonló isotoniás elegyet kaptam, melynek fölszívódása gyors, injectiója kevésbé fájdalmas volt. Az injectiók tünetei lokális és általános reakciók. Lokális reakciók: fájdalom, beszűrődés; általános reakciók: láz, nyugtalanság-érzet, fejfájás, hányásinger, kínzó szomj, göresös, majd bő vizezés, profus hasmenés, iszákosokon motorius zavarok, arhythmias szív működés, hysteriasokon az injectiók után kifejezett erős rohamok, és volt alkalmam gyógyszeres exanthemákat is észlelhetni. A paralysisben és tabesben szenvedők a lokális és általános reakciókkal szemben kevésbé érzékenyek.

Technika: alkaliás erősen hígított oldatok intravenosus alkalmazása, intramusculárisan alkaliás, továbbá savanyú izgató oldatok, s végül subcutan neutralizált oldatok.

Specifikus hatások: 1. Deletaer hat a spirochaetákra, 2. antitesteket termel, 3. a positiv Wassermann megváltoztatja, 4. végül fájdalomcsillapító hatás, mely utóbbi a spirochaeták secretorius termékeinek közömbösítése és megkötése folytán áll be.

Gyógyeredmények: A primaer sclerosis gyors behámosódása s felpuhulása, a nyálkahártya plaquejainak, a tonsillák papuláinak begyógyulása, s a kénesevel és jóddal szemközt refractaer, rosszindulatú gummosus, serpiginosus, pemphiginosus, tubergummosus, syphilis maligna vera eseteknek rendkívül gyors gyógyulása.

Egy tabesben szenvedőn a „crise gastrique“ kitolását s a rohamok intensitásának jelentékeny csökkenését, egy paralytikuson a psychés tünetek határozott javulását volt alkalmam észlelni.

Állatkísérleteimről a „Gyógyászat“-ban számoltam be. Javallatok az antilueses gyógymódra nézve:

1. Primaer sclerosis eseteiben a spirochaeták nagy számára és virulentiájára való tekintetből minden esetben arsenobenzol-injectio, utókurának kénese.

2. Papulosus, papulo-pustulosus, lenticulaer syphilidjei, a herezaesko s a végbél luxuriáló, nedvedző papulái esetén először kéneseős gyógykezelés, az infiltratumok fölszívódása után arsenobenzol-injectio.

3. A jodos és kéneseős gyógykezeléssel szemközt refractaer syphilidek ellen minden esetben arsenobenzol-injectio, ezen esetek azok, melyek esetleges recidiva jelentkezésekor a reinjectióra leginkább alkalmasak.

A syphilis gyógyítása az újabb tudományos vívmányok alapján.

Preis Károly: Eddig 60 esetben alkalmaztam az Ehrlich-féle szert.

Technika: finom, nagyon gyengén alkális emulsio (esetleges visszatitralás normál sósavval) mélyen a hát bőre alá, vagy ha ez nem látszik alkalmasnak, az egyik glutaeus két helyén. A pontos közömbösítés lehetetlen. Nyolcz esetben a szert methyl- vagy aethylalkohol segítségével 6—7 cm³ forró vízben oldottam és a glutaeusba injiciáltam; néhány esetben ez a módszer nagyon jól bevált, a többiben azonban fájdalmas beszűrődés és láz jelentkezett. A közömbös emulsio alkalmazása mellett, az első néhány esettől eltekintve, melyekben Weichselmann eljárását követtem, lázat és nagyobb fokú mérgezés-tünetet sohasem észleltem, úgy hogy végül ambulanter is alkalmaztam és nem egy esetben a beteg már másnap foglalkozása után járt. Gyógyszerexanthemát egyetlen egy esetben sem láttam. A kiterjedt, még nem kezelt syphilid eseteiben jelentkezni szokott „reakciós láznak“ egyetlen előzetesen adott kéneseoinjectióval elejét lehet venni. A fájdalom csak néhány esetben volt nagyobb-fokú, morphiumhoz azonban egyszer sem kellett folyamodnom. A szövetreactio az injectio helyén túlnyomóan csekély, abscedálásra egyetlen egyszer sem került a sor. A szer tehát az esetek óvatos megválogatása, kellő vigyázat és technika mellett teljesen veszélytelennek mondható egyszeri alkalmazás mellett.

Két esetben reinjectiót végeztem (a betegek máshol kapták volt az első injectiót), a nélkül, hogy mérgezés-tünetet vagy a gyógyhatás csökkenését észleltem volna.

A gyógyhatás minőségileg ugyanaz, mint a kéneseőé, azaz a mely syphilidek kéneseőre gyorsan szoktak gyógyulni, azok 606-ra is gyorsan gyógyulnak és megfordítva. Minél fiatalabb a syphilid, annál gyorsabb a gyógyhatás. Tömött sklerosisok, tájmirigyduzzanatok, régibb idő óta fennálló papulák — mint párhuzamos kísérletekből meggyőződtem — igen intensív kéneseőkezelésre gyorsabban mulnak el, mint 606-ra, melynek hatása az ilyen esetekben néha az út felén megáll. Tekintetbe kell venni azonban, hogy az igen intensív kéneseőkezelésnek sokkal több az ellenjavallata, mint a 606-nak.

Egy esetemben szétesett papulák a szájbán és penisén 0.5 gm. befecskendezésére egy hét alatt meggyógyultak, míg az alkarokon levő tömött papulák még 2 héttel később is változatlanul fennállottak. Az általános roseola egy esetben csak vontatottan fejlődött vissza, míg egy másik hasonló esetben — a hol 2 nappal előbb czéltudatosan 2 cm³ asurolt adtam — a roseola 0.5 gm. befecskendezése után 3 nap alatt teljesen eltűnt. Asurol után 39° láz jelentkezett, 606 után a beteg lázmentes maradt. Tehát czélszerű — mint más szerzők is hangoztatták — a 606 előtt legalább is egy kéneseoinjectiót adni. Tabes és paralysis esetén a szert nem alkalmaztam.

Leukoplakia oris egy esete már 1 hét múlva határozott javulást mutatott; ugyanezen betegen (51 éves) saját bemondása szerint a potentia is feltűnően emelkedett. Hozzátehetem, hogy egy izben leukoplakiás elváltozásban spirochaeta pallidát találtam. Igen intensív kenőkéúra után fennállott anaemia és gyöngeség 0.5 gm. 606-ra hihetetlen gyors javulást mutatott. Azonkívül számos súlyos syphilis-esetemben (nem lues maligna) a gyógyhatás oly gyors és tökéletes volt, hogy minden kritikának el kellett némulnia.

Wassermann-féle reactiót egyetlen egy esetben sem végeztem. Ugyanis ha pozitív marad, felesleges módon megijesztjük a betegeket; másrészt, mint ismeretes, a reactio előbb-utóbb spontán és negatívvá lehet; ha pedig 606-ra negatívvá lesz, felesleges módon a végleges gyógyulás reményébe ringatjuk a betegeket; másrészt a reactio előbb-utóbb újra pozitívvá lehet és az esetleges recidiva annál jobban lesújtja a beteget.

Meglepően gyors a 606 gyógyhatása lues maligna esetében, tehát ott, ahol spirochaeta nem is található és a majomba való oltás is csak ritkábban sikerül. De ezen esetek is könnyen vezetnek recidivára. Sőt éppen lues maligna esetében észleltem az egyedüli recidivát (0.5 gm. után).

Közönséges gummákról az volt a benyomásom, hogy jodkalira éppen oly gyorsan gyógyulnak. A sterilisatio magna, sajnos, eddig még nem valósult meg, sőt maga a sterilisatio, a 606 direkt baktericid hatása is kritika alá esik, eltekintve attól, hogy a sűrű infiltratum megakadályozhatja a szernek az összes spirochaetákhoz való egyenletes odajutását.

Ehrlich munkatheóriája az, melyet tisztelnünk és becsülnünk kell, mivel már eddig is fényes eredményeket adott, sőt kötelességünk az ő szellemében tovább kutatni, hogy célja elérésében segítsük. Gyakorlatilag a szer fontosságát abban látom, hogy gyógykincsünk egy rendkívül becses szerrel gazdagodott.

Ha azonban már most sutba dobjuk régi bevált szereinket, szegényebbek leszünk, mint valaha. Tanácsos tehát, mint már Miskolcson tartott előadásomban kiemelttem, hogy a durva munkát, az infiltratum eltakarítását bizzuk csak továbbra is a kénesőre és jodra, a végső sterilisatiót pedig a 606-ra. Hisz nincsen kizárva, hogy az ilyen kombinált eljárással egy kúrával sikerül a beteget véglegesen kigyógyítani, tehát kötelességünk is megkísérteni. A szernek magában való alkalmazása absolute indikált ott, ahol másképpen nem boldogulunk, vagy ahol gyors gyógyulásra van szükség, feltéve, hogy az eset ezt reményelni engedi. Relative indikált pedig — lévén avatott kézben teljesen veszélytelen — syphilis minden esetében, még latens lues esetében is, tekintet nélkül a Wassermann-reactio eredményére.

A contraindicatiók Ehrlich könyvében olvashatók.

Hogy milyen gyakoriak lesznek a recidivák és hogy hányszor szabad majd az egészség veszélyeztetése nélkül ismételni ezt az injectiót, ez még a jövő titka, erre nézve az eddigi tapasztalatok még nem elegendők.

(XXII. rendes tudományos ülés 1910 november 12.-én.)

Elnök: Preisz Hugó. Jegyző: Rotter Henrik.

A veleszületett bujakór arsenobenzol-kezelése.

Torday Ferencz: Előadásában mindenekelőtt utal azon elméleti alapon felépített tapasztalatok által beigazolt tényre, hogy az arsenobenzol befecskendezése elpusztuló spirochaeták testéből felszabaduló endotoxinok leginkább a veleszületett bujakórban szenvedő csecsemőkre fejthetnek ki súlyos mérgező hatást, minthogy a testsúlyhoz viszonyítva aránytalanul nagyobb mennyiségben vannak a szervezetben, mint felnőttekben. Éppen ezért csak oly alakban befecskendezés ajánlatos, melynél lassabban történik a felszívódás, a mikor pedig az eredmények a kéneső-kezelésénél nem jobbak, a mit az előadó 12 esetével igazol. A veleszületett bujakórnak a bujakóros szoptató anya révén gyógykezelésének sikerességét a szerző tapasztalata is igazolja, de egyelőre ezen kérdésre vonatkozólag is több adat gyűjtését tartja szükségesnek. A közvetlen arsenobenzol-kezeléssel kapcsolatos veszélyes momentumok taglalása után az előadó azon véleményét fejezi ki, hogy a *veleszületett csecsemőkori bujakór közvetlen arsenobenzol-kezelése egyelőre csak a gyermekkorházak falai között, kísérleti eredmények gyűjtése végett végezendő és a magángyakorlatba még nem vihető ki.*

Havas Adolf: Immár az ötödik hónapja, hogy az Ehrlich-féle 606-os gyógyszerrel kísérleteket folytatók. Az idő sokkal rövidebb, semhogy már most minden irányban végleges véleményt alkothassunk, de e körülmény nem gátolhat bennünket abban, hogy bizonyos tényeket már most el ne ismerjünk. Kétségszövegbevonhatatlan tény az, hogy a szóban forgó gyógyszer oly határozott, biztos és feltűnő hatással bír a syphilises tünetekre, a melyhez hasonló eddigi gyógyeljárásunk mellett nem észleltünk. Kétségtelen továbbá, hogy a syphilis kórokozóját, a spirochaetát rendkívül gyorsan pusztítja, hogy a bujakóros képleteket

gyors felszívódásra bírja és a sebek behamosodását szinte szédületes gyorsasággal elősegíti.

Elvitathatatlan tény továbbá, hogy az esetek legtöbbszörében a bujakórosan megtámadott szervezetet feltűnően előnyös módon befolyásolja és a Wassermann-féle serodiagnosira igen feltűnő hatással bír, a mennyiben az eltűnését provokálja.

Ezen előnyök mellett a szervezetre alig jár hátránnyal a gyógyszer alkalmazása. Eleinte én is az alkaliás oldatot alkalmaztam intragluteálisan, azonban most már a fájdalmat alig okozó neutrális emulsiót alkalmazom a lapocztáj alatt bőr alá fecskendezve, vagy pedig az intravenás injectiót.

A közömbös oldat alkalmazása mellett láz nem észlelhető, ha csak a befecskendezés utáni 3. napon elvétele mutatózó 37.2—37.5 fokos hő nem tekintem láznak. Az injectio helyén nagy duzzadás támad, a mely azonban, ritka kivételeket leszámítva, hetek után felszívódik; elhalást csak két esetben észleltem. Az intravenosus injectio jár ugyan hőemelkedéssel: 38.5—40.0° a befecskendezés utáni 3—4. órában, de már másnap lázmentes a beteg. Szinte csodálatos, hogy mily könnyen tűrik a betegek a körülbelül 250 köbcentiméternyi folyadék behatolását a véráramba. Az érverés alig valamivel feszültebb, de gyorsabb: 95—100—106.

Felemlítendőnek tartom, hogy négy esetben az arsenmérgezés tünetei nyilvánultak. Ezek közül egyben egy napig tartó rosszullét és hányás inger. Háromban bőrkiütés követte a gyógyszer alkalmazását. Egy leányon mindkét alkar hajlító oldalán az erythema diffusum képében két napi tartammal, egy férfiu igen magas (39.8 °C) láz kíséretében, az egész köztakaróra kiterjedő skarlatzerű pir alakjában, a mely negyednap hirtelen eltűnt, a mikor a beteg tökéletesen afebril is lett. A bőr a kiütés eltűnte után nem korpázott. Egy másik férfibeteg erythema multiforme képében jelentkezett az arsenmérgezés, a melynek eltűnte után súlyos barna festékesség, arsenmelanosis maradt hátra a megtámadott helyen.

Egy esetben az intragluteális befecskendezés utóhatásaképpen peroneus-hüdes maradt hátra, egy esetben ischias.

Rendkívül feltűnő a gyógyszer gyors behamosító hatása. Erősv syphilid 2—4 nap alatt behamosodik. Ezen kitűnő és eléggé meg nem becsülhető hatás éppen úgy észlelhető az ulcus lueticum primarium, mint a nyálkahártya-syphilid és az erosiv bőrsyphilid eseteiben.

Feltűnő gyors a hatása a szernek a sclerosisra, a regionarius bubóra és az oedema indurativumra, nemkülönben a syphilises chanerehez szegődött phagaedenismusra.

Meglepő a hatása az ulcerosus syphilidekre. Szürkés-sárgás lepedékekkel fedett, infiltrált alapú fekélyedések 2—4 nap alatt szép piros sarjadzó felületű alakulnak át és az alapjuk felpuhul.

Szinte csodaszzerű a hatása a malignus syphilidre. Egy csapásra, egyik napról a másikra megváltoztatja a körképet és a beteg állapotát, subjectív érzését. Az utóbbit valószínűleg a suggestiv hatás is előnyösen befolyásolja.

Felemlítésre méltó végtére a testsúly mondhatnám rohamos gyarapodása. Volt betegem, ki három hét alatt 6 kilót hizott, de van olyan esetem is, a melyben a testsúly 4—5 kilóval fogyott. A maculopapulosus syphilidre való hatása már nem oly rohamos, de ennek eltűnésére is sokkalta rövidebb idő szükségeltetik ezen eljárás mellett, mint az eddig alkalmazottnál. Feltűnő jelenség különösen a papulosus syphilidnél a sötét pigmentatio, a mely hátramarad és az erősen kifejezett atrophia a bőr azon helyén, a melyen a papula székelt.

Az adenopathia universalis befolyásoltatik ugyan in melius, de nagyjában állandóan észlelhető a bőrtünetek eltűnte után is. Két malignus syphilis-esetemben körülbelül négy héttel a befecskendezés után recidivát észleltem. De láttam recidivát maculopapulosus syphilidnél is 4—6 héttel az injectio után 4 esetben.

Különösen felemlítésre méltónak tartok néhány esetet.

1. Atrophia nervi optici syphilidicában szenvedő beteg. Ezen beteg a jobb szemén vak, a balon ujjakat még lát. Négy héttel az Ehrlich-injectio után a beteg színeket meg tud különböztetni és a naplomon a harmadfél egy centiméter nagyságú betűket olvassa. De kijelenti, hogy esti homályban lát mindent. Pár héttel utóbb már leveleket tud írni, egy nekem írottat van szerencsém bemutatni.

2. Egy congenitalis luesben szenvedő 10 éves leánygyermek, a kin majdnem minden kitapintható csonton elfolyósodott periostitis lueticus van, a kinek jobb czombesontja fekete tömeg alakjában elhalva szabadon fekszik, a bőrön több helyen ulcerosus syphilid van és a jobb félkarcsont eltörött (osteosathyrosis); az ízületek syphilisesen duzzadtak. Mindezekhez szegődik 12 pro mille fehérje, a vizeletben pedig szemcsés és hyalin cylinderek egész raja. Pirquet positiv. Rendkívüli lesóványodás. A betegnek olyan fájdalmai vannak, hogy feljajdul, ha csak az ágyához érnek. E betegnek 0.18 arsenobenzol befecskendezése után a dagadtak napról napra szemmel láthatóan kisebbednek, a befecskendezés utáni 8. napon fájdalom sehol sincs. A gyermek vig, ajka pirosabb, testsúlyban 11/2 kilót gyarapodott. A hatás egyszerűen meszerű, ha tekintetbe vesszük, hogy eddig minden antilueses eljárás csak súlyosbította az állapotát.

3. Egy paralytikus beteg, ki 7 évvel ezelőtt fertőzte magát és a kin egy év óta vannak meg a paralysis tünetei, az injectio utáni negyedik napon a javulás kifejezett. A fejnyomás megszűnt, majdnem egészen jól beszél és számol és ezen állapot ma, 6 héttel az injectio után is fennáll.

4. Igen érdekes egy 17 éves, lues malignában szenvedő fiu esete, kin felvételekor az egész testre kiterjedő ekthyma, magas láz, nagy elesettség, majdnem fonálszerű pulsus állott fönn. Ezen beteg az első befecskendezés után gyógyult ekthyma hegeiben négy héttel utóbb recidiva, újabb infiltratio jelentkezett. Az infiltratumok csakhamar kifeléyesedtek és attól lehetett tartani, hogy az eredeti súlyos állapot kiújul. A betegnek adott sublimatfürdőkre az új sebek begyógyultak

ugyan, de hypertrophiás helyek keletkeztek. Minthogy a beteg a Wassermann állandóan pozitív volt és a sublimatfürdő hatása nem egészen kielégítő, újra 0.50 Ehrlich-injectiót végeztem, mire a hypertrophiás hegek tökéletesen eltűntek.

5. Egy arthritis (gonitis) lueticában szenvedő nőn a fájdalom és a daganat két hét alatt eltűnt.

6. Egy lues cerebrosplanialisban szenvedő beteg, ataxiás járással, a czombokra, a penisre és a scrotumra kiterjedő anaesthesiákkal, három héttel az injectio után jól jár, az érzékenység visszatért.

7. Egy májsyphilisben két év óta szenvedő betegen rendkívül nagy májmegnagyobbodással és súlyos melasicterussal egy hét után szinte csodálatos objectív és subjectív javulás.

8. Egy hyperaesthesia lueticában szenvedő férfú, ki a türethetetlen övtáji fájdalmak miatt szinte örvöngött, még a befecskendezés napján megszűnt a fájdalom és most, két héttel utóbb is egészen jól érzi magát.

Nem ilyen kielégítő az eredmények a para- vagy metasymphilises megbetegedésekben. A parasymphilises megbetegedés ugyanis Fournier szerint nem maga a syphilis mérge által idéztetik elő, hanem minden valószínűség szerint az előzetesen lefolyt syphilises megbetegedés után támadó akár toxikus, akár más alakú degeneratio következménye. Ezen nézet még nincs általánosan elfogadva, de tény az, hogy ezen folyamatok sem a kénese, sem a jodkúra nem javulnak, és ott, ahol eredmények elértnek, valószínűleg nem parasymphilises, hanem kései syphilises megbetegedésekkel van dolgunk, mert a kezdődő parasymphilist a functionális ideg- vagy agybántalomtól még a leggyakorlottabb ideggyógyász is alig tudja megkülönböztetni.

Az Ehrlich-féle gyógymód tehát korszakalkotó haladás a syphilis gyógytana terén még akkor is, ha nem tudjuk vele a sterilisatio magnát elérni és a gyógyeredmények csak ideiglenesek. (Folyt. követh.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1910 október 5.-én.)

Az „Ehrlich“-szerrel való gyógykezelésről.

(Vége.)

Eddigi tapasztalataim szerint a szóban forgó gyógyszer oly határozott, biztos és feltűnő hatással bír a syphilises tünetekre, a melyhez hasonló eddigi gyógyeljárásunk mellett még nem észlelhetünk. Legfőképpen a malignus és ulcerosus, valamint az erosiv syphilisben vált be. Kevésbé feltűnő a hatása a maculo-papulosus syphilidre. Szinte matematikai biztosságu a hatása a spirochaetára. Határozottan és aránylag gyorsan befolyásolja a Wassermann-féle serodiagnostist. Mindezek alapján az Ehrlich-féle szer nemcsak jó harmadik gyógyszerünk a kénese és jod mellett a syphilis terapiájában, hanem a kettővel szemben azon nagy előnnyel bír, hogy már egyszeri alkalmazása feltűnő, szinte szédületes gyorsasággal hat gyógyítólag a kóros képletekre.

Igy azután, tekintve azon körülményt, hogy a chancre-spirochaetát gyorsan előli, hogy a hámtól fosztott fekélyt gyors behámosodásra viszi, javával van első sorban praeventiv kúrának a syphilises fertőzés legkezdetibb szakában.

Tekintve továbbá azon körülményt, hogy különösen nyálkahártyasyphilid és az ivarszerven levő erosiv syphilid eseteiben, a melyek nagy spirochaetataralmuknál fogva rendkívül fertőzőképesseggel bírnak, gyors behámosodást idéz elő és a spirochaetákat igen gyorsan előli, a syphilis ezen alakjaiban is minél előbb alkalmazásba kell venni. Alkalmazandó továbbá az agy-, a gerinczagybántalmak kezdeti szakában és a látóideg lueses megbetegedésében minél előbb, mert ezen esetekben, ha nem is érünk el gyógyulást, minden esetben megállíthatja a kóros folyamatot, a mint Treupel is mondja.

Azon kérdés, hogy a syphilis a szernek egyszer-kétszer alkalmazásával gyökeresen gyógyítható-e, daczára annak, hogy egyes esetekben (10%) már eddig is észlelhetők recidivák, véglegesen még nem dönthető el, mert a reinjectiók a mostani ki nem elégitő eredményeket még javíthatják. Ezen kérdésre csak évek múltán adhatunk majd választ. Szükségesnek tartom tehát intercalariter a kénese- és jodkezelést is alkalmazásba venni.

Tekintve végtére azon körülményt, hogy immár több ezer esetben használták a gyógyszert és komoly complicatiót vagy ártalmat nem idézett elő, nyugodtan bocsátható a szer az általános praxisba, ha csak a kezelendő eseteket jól választják meg és az injectiós az asepsist, a steril eljárást szigorúan betartják. Különben Treupel már annyira ment, hogy súlyos szívizomdegeneratio, a koszorúerek sclerosisa, aneurysma aortae, diabetes, tuberculosis és nephritis esetében is alkalmazza minden baj nélkül.

PÁLYÁZATOK.

Az I. tanársegédi állás a kassai m. kir. állami bábaképző intézetnél 1911. évi január hó folyamán betöltendő.

Javadalmazás: 1400 korona, lakás, világítás, fűtés és első osztályú teljes ellátás.

Az ezen állásra pályázók az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó évi december hó 27.-éig — a melyben az állás elfoglalásának időpontja is pontosan megjelölendő — alulírott igazgatósághoz nyújtják be.

Tót nyelv bírása kívánatos.

A kassai m. kir. bábaképző intézet igazgatósága.

Baranya vármegye „László“-közkórházánál az alorvosi állás betöltendő lévén, felkértem mindazon nőten orvostudor, esetleg szigorlóorvos urak, kik ezen évi 1200 korona fizetéssel, butorozott szobából, előírt élelemzés, fűtés és világítással javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűleg felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényüket méltóságos nagyságú Szily Tamás, Baranya vármegye főispánjához címelve a kórházhoz legkésőbb december 8.-áig beküldeni sziveskedjenek.

Mohács, 1910. évi november hó 23.-án.

2-1

Kórházigazgatóság.

192/1910. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban két másodorvosi állás megtüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminiszter úrnak f. évi november hó 18.-án kelt 162,768/VII. b) számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhonit illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel és I. osztályú élelemzéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1888. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a Belügyminiszter úr 5. nagyméltóságához címzett folyamodványait f. évi december hó 3.-áig alulírottához nyújtják be.

Pozsony, 1910. évi november hó 20.-án.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

17,721/1910. alisp. sz.

Gyöngyös rendezett tanácsú város közigazgatásánál elhalálozás folytán megüresedett egy ügyvezető tisztiorvosi állásra és egy újonnan szervezett rendelő-orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A jelzett állásokra csak azok pályázhatnak, kik az orvosudori oklevél keltétől számított legalább két évi gyakorlattal s ezenkívül a 80,099/1903. B. M. számú körrendeletében körülírt tisztiorvosi vizsgával is bírnak.

Az ügyvezető orvosi állás javadalma a 62,000/1910. III. B. M. rendeletnek megfelelőleg 2600 korona kezdőfizetés, 600 korona lakbér s szabályrendeletileg megállapított díjak szedése.

A rendelőorvosi állásé pedig 2000 korona kezdőfizetés, 540 korona lakbér s az ügyvezető orvos helyettesítése alkalmával a szabályrendeletileg megállapított díjak.

Mindkét orvos szabályrendeletileg megállapított díjszedés jogosultsága mellett magángyakorlat folytatására jogosult.

A pályázati kérvények folyó évi december hó 12. napjának délutáni 5 órájáig Gyöngyös város polgármesterénél adandó be.

A választás a folyó évi december hó 14.-én délután félhárom órakor Gyöngyös város közházánál lesz a város képviselőtestülete által megtartva.

Eger, 1910. évi november hó 17.-én.

Majzik Viktor, alispán.

12,423/1910. sz.

A pozsonyi kerületi munkásbiztosító pénztárnál a pozsonymegyei Ligetfaluban üresedésben levő orvosi állásra pályázatot nyitunk.

Ezen orvosi körzethez tartozik Pozsony-Ligetfalu s külterkei, ezenkívül Pozsony városának dunajbórti része. A tagok száma 500—600.

Ezen orvosi állással évi 2400 korona fizetés, 10%-os ötdéves korpótlék és 400 korona fuvarátalány jár.

Pályázni óhajtok az 1907. évi XIX. t.-cz. 110. §-ában előírt minősítésen kívül ezen állásra való képesítésüket megfelelő okmányokkal és szolgálati bizonyítványokkal kötelesek igazolni.

A folyamodványokat f. é. december 3.-áig bezárólag az igazgatósághoz kell küldeni. Az állásra való információkat Glaser Károly dr., pénztári főorvostól lehet beszerezni.

A pályázati feltételek az új orvosi egyezség megkötéséig érvényesek. A megválasztott az állást legkésőbb 1910. évi december hó 15.-éig elfoglalni köteles s Ligetfaluban köteles lakni.

Pozsony, 1910. évi november hó 15.-én.

Somlyay Lajos, ügyv. igazgató. Dworak Károly, igazgatósági elnök.

3670/1910. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye kalocsai járásbeli, mintegy 3000 lelket számláló, Bogyzsló községben szervezett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában megállapított feltételeket igazoló okiratokkal felszerelt pályázati kérvényeket hozam f. évi december hó 21. napjának d. e. 11 órájáig nyújtják be.

A választást Bogyzsló községhezánál f. é. december hó 22.-én d. e. 11 órakor fogom megtartani.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés évi 1600 korona, évenként négyszer ismétlődő 200—200 korona korpótlék.

2. A modern igényeknek megfelelő természetbeni lakás.

3. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. 22. §-a alapján törvényhatóságilag megállapítandó látogatási díjak.

Kalocsa, 1910. évi november hó 23.-án.

A főszolgabíró.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél üresedésben lévő másod-orvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazása 1200 korona és teljes ellátás, kiküldetésénél napi 18 korona úti átalány. Orvosnők előnyben részesülnek. Gyermekgyógyászatban nagy gyakorlatat szerezhettek. A kérvények a belügyminiszterhez címelve alulírottánál 1910. évi december hó 1.-éig nyújthatók be.

Kecskemét, 1910. évi november hó 15.-én.

Egressi Lajos dr., igazgató-főorvos.

HIRDETESEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és
köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és
lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)
fellépő vesebántalmaknál.**



E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kelelmes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik
ülő életmódjuk folytán aranyeres bántal-
makban, hasi vérbőségben, máj- és vese-
izgalomban vagy húgysavas lerakódások-
ban, vesehomok és vesekövek képződé-
sében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyszeredményekről
szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások
ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Sal-
vatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

KONSTANTIN FORRÁS EMMA FORRÁS

minden katarrhust gyógyítanak, kapható az összes ásványvízkereske-
déseknel és a Brunnendirektion Gleichenberg által. 9905

„Pöstyénben“

szemben a gyógyszállal, **fürdőorvos részére rendelő
és várószoba kiadó.** Élénk forgalmi hely, 18 üzlettel és
2 vendégszobával a házban. Az újonnan épülő elegáns fürdő és
szállodától nagy fellendülés várható.

231

Eisler-udvar gondnoksága „Pöstyén“.

Serravallo

Kina-bora vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által
legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

Egészségügyi kiállítás Wien, 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem.
Legmagasabb kitüntetés.

Többszörösen kitüntetve. — Több mint 7000 szakvélemény.

Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve
kapnak. J. Serravallo, cs. és kir. udv. szállító, Triest-Barcola.

HALÁSZ P. JÁNOS

Telefon 83—28.

ORVOSI MŰSZERÉSZ

Telefon 83—28.

BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.

Jódkúráknál

Arsojodint,

brómkúráknál

Arsobromint

alkalmazhatunk a legnagyobb eredménnyel.

9618

Bordighera-Riviera.



**Szálloda és gyógyház
Cap Ampeglio**

Legmodernebb új épület. Csen-
dos, felülmúlhatatlan fekvésben.
Egészséges és üdülők otthona.

Hydro-elektrotherapia stb.

Tiszta egyéni diatetika.

Orvosok a házban.

Prospektusok és brosurák
9939 kívánatra.

Idegbetegnek családi jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

SANATORIUM és VÍZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VII., Aréna-út 82. szám.

Fennáll 50 éve (alapított 1859-ben), 1908-ban a modern
igényeknek megfelelően átalakítva és berendezve.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vízyógymód. Szénsavas fürdők. Villamos fény-
fürdő, hőfürdő. Napfürdő. Villamozás (galvan-, farado-, Franklin-
áram). Massage (diatetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage.
Gymnastika. Hízlató és soványító gyógmódok. Kitűnő ellátás, mérsékelt
árak. Állandó orvosi felügyelet. Gondos ápolás. Kiváló tisztaság.

Vízgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Dr. Ullrich Gyula, vezető főorvos.

Telefon 15—35.

Kívánatra prospektus.

Kórházi, egyleti csomagolás 1.50.

MALTOCOL

LEGOLCSÓBB
LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FANÉJSAVAS (METOL) MALÁTASZÖRBPEN
7% KAL. SULFÓ-GUAJAC. 2% CALCI. NATR. GLYCEROPHOSFOR.
1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

KÉSZÍTŐ — MARBERGER GYULA BUDAPEST, VÁCI-ÚT 23.

Irodalom és minta ingyen.

Caps. Laricini c. menthol. sec. Illés.

Név törvényesen védve.

Tartalma: a 0-327 zselatintokocskák, 38-46% laricini-, 38-46% terebinthina veneta- és
9955 23-08% menthollal.

A külföldről forgalomban levő hasonló készítményeknél (Gonorrhoea ellen) sokkal
praktikusabbak a előkelő szakvélemények szerint jobbak így férfiaknál mint nőknél.
Orvosi rendeltetere minden gyógyszerárban beszerezhető. Ár: kis doboz 1 kor. 50 fillér,
nagy doboz 2 kor. 50 fillér. Főraktár: Ifj. Illés Antal gyógyszerháza Szabadka, Török
József gyógyszerháza, Thallmayer és Seitz gyógyszerárnyakkereskedése Budapest.

SZÉKELY-SELTES

TERMÉSZETES GYÓGYÁSVÁNYVIZ
AZ EMÉSZTÉST ELŐSEGÍTI,
ÉTVÁGYAT FOKOZZA.

Megrendelhető a

Magyar Ásványvíz

Forgalmi és Kivi-

teli r.-t.-nál Buda

pest. Telefon

162—84.